STAND VAN ZAKEN 70 / INTERVIEW: VEERTIG
HEPATITISCENTRA 72–75 / HCV-PREVENTIE 76–77
THEMA: BEVOLKINGSONDERZOEK 79–93 / TECHNIEK
BIJ FECALE INCONTINENTIE 95 / OPLEIDING: OPERATIONEEL
LEIDINGGEVEN 97 / OPROEPEN TRIALS 97–99
PROEFSCHRIFTEN 101 / DE AFDELING 103

MDL

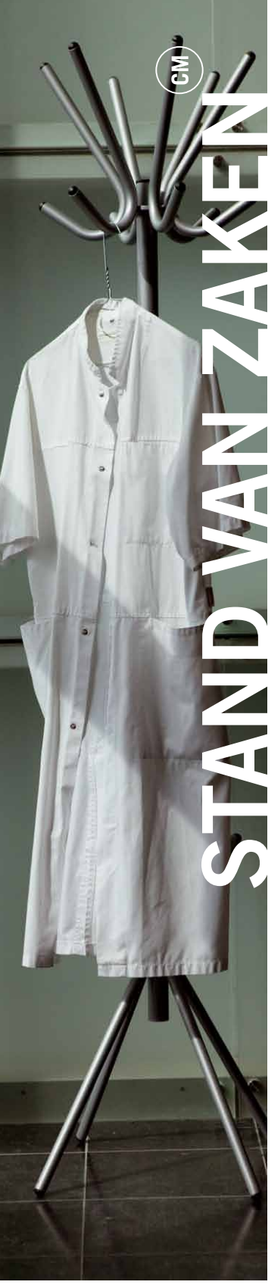
MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 18 / NUMMER 3 / SEPTEMBER 2012

DARMKANKERSCREENING

VERVOLGONDERZOEK VRAAGT DISCIPLINE VAN COLOSCOPIECENTRUM



STAND VAN ZAKEN

Waar zijn Suriname en de Antillen gebleven?

Midden juli vergaderde de Rijksministerraad om het financieel toezicht op Curaçao aan te scherpen. Sinds de Staatsrechtelijke Herschikking van oktober 2010 bleef het stil rond onze Antillen.
Bonaire, St. Eustatius en Saba zijn sindsdien bijzondere 'Nederlandse gemeenten'. Ze zouden moeten profiteren van ons Opleidingsfonds, we moeten specialisten voor die eilanden opleiden. Gebeurt dat? Niet echt, denk ik: positieve discriminatie is uit.
Curaçao en Aruba moeten voor specialistenopleidingen hun eigen broek ophouden. Zeg eens 'twee keer Amersfoort', eigen MSRC et cetera. Mijns inziens onhaalbaar. Vroeger participeerde het Elisabeth Ziekenhuis op Curaçao in de specialistische opleidingen voor Groningen. Roddy Schotborgh (55 jaar) doet MDL voor Curaçao. Hij zoekt dringend versterking, wil uitbreiden en denkt aan zijn oude dag. Aruba wil dat we MDL-artsen boven sterkte gaan opleiden en wil vooruitbetalen. De minister van VWS, zeg eigenlijk: de wethouder van Amersfoort, wil ook. Moeten we extra Antillianen opleiden, voor welke specialismen, blijven ze toch niet in Nederland?

Suriname is een ander chapiter. Ze leiden, als ik het zo bekijk, uitstekende internisten op, maar wie betaalt subspecialisatie? Vijay Jarbandhan (ex-VUmc) is dit jaar vanuit Beverwijk (RKZ) teruggegaan (zie **www.mdl.nl/MAGMA**) en werkt in het Academisch Ziekenhuis Paramaribo. MDL-artsen opleiden voor de Antillen en Suriname moet toch lukken. Boven sterkte, liefst betaald vanuit daar, met de verplichting minimaal 5–10 jaar terug te gaan. Misschien kunnen de pensionado's met Vijay participeren in de MDL-opleiding van Suriname? Een aantal Nederlandse pensionado's vliegt al op en neer naar Paramaribo voor MDL-hulp.

MDL-team van het Academisch Ziekenhuis Paramaribo met Vijay Jarbandhan staande uiterst rechts.

Niet alleen mensen, ook uitrusting blijft een issue. Vijay Jarbandhan heeft onder andere een ERBE 200 met APC, een crusher, (oude) Olympusscopen, broodnodig. En wie heeft *disposables* over datum, wie heeft Savary's over?
Foke van Delft (ex-AMC/AvL) gaat één jaar MDL in Nickery doen, een absoluut basisziekenhuis in de Rijst-regio. Ook hij heeft materiaal nodig, zoekt dringend (fiber)scopen.
Als u papillotomen, voerdraden et cetera heeft 'gebruikt' en huishoudelijk schoonmaakt, krijgt u van ons adressen: in Suriname, maar ook in India, Namibië en Oeganda.
Barbara Schultz, MDL-arts in Windhoek (Namibië), heeft poliepsnaren, biopteurs en borsteltjes nodig. En een maand CRE-ballonnen van ons helpt het GP Pandit in Delhi met 3000 ERCP's per jaar nu al minimaal een half jaar verder.
Kortom, mailt u mij wat u heeft en ik intermediair graag om u ervan af te helpen. We kunnen het vrij verschepen!

Chris Mulder

TRANSFERS

Noorden en Oosten
Daan de Koning (Radboud) is inmiddels gestart als 5e MDL-arts in het Gelre Ziekenhuis te Apeldoorn. Pierre Willemse werkt er al langer, na zijn terugkeer uit Engeland.
Daud Allajar (VUmc) gaat als 6e MDL-arts naar Harderwijk met speerpunt Digestieve Oncologie. Almelo praat met kandidaten.

Zuiden
Jolanda van Dieren (EMC) en Joyce Kuiper (EMC) gaan in 2013 parttime werken als 7e en 8e MDL-arts in het Albert Schweitzer Ziekenhuis in Dordrecht. Jolanda doet nog een stage Digestive Oncologie (AvL). Joyce legt de nadruk op de hepatologie. Den Bosch doet zijn best. De internisten leveren één fte in ten behoeve van de MDL, er zijn nu zowaar 2 vacatures. Leverdokter Martijn ter Borg (EMC) gaat op 1 januari 2013 als 7e MDL-arts naar het Maxima Medisch Centrum in Eindhoven met als focus ERCP en echo-

Lees verder op pagina 77.

COLOFON MAGMA IS EEN UITGAVE VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN. HET MAGAZINE WORDT GRATIS TOEGEZONDEN AAN NEDERLANDSE MDL-ARTSEN EN ANDERE MDL-GEÏNTERESSEERDE SPECIALISTEN; MEDISCHE BIBLIOTHEKEN EN BESTUREN VAN PATIËNTENORGANISATIES. MAGMA VERSCHIJNT VIER KEER PER JAAR. **OPLAGE** 2650 EXEMPLAREN **REDACTIE** CHRIS MULDER WIM HAMEETEMAN HARRY JANSSEN MARTEN OTTEN WILLEM MOOLENAAR MARCO MUNDT PHILIP FRIEDERICH MICHIEL VAN HAASTERT **EINDREDACTIE** VAN LUYKEN COMMUNICATIE ADVISEURS **REDACTIEADRES** PROF. DR. CHRIS J.J. MULDER VU MEDISCH CENTRUM POSTBUS 7057 1007 MB AMSTERDAM FAX: (020) 444 05 54 E-MAIL: CJMULDER@VUMC.NL **ABONNEMENTEN** ADRESWIJZIGINGEN EN ANDERE VRAGEN: SECRETARIAAT NVMDL POSTBUS 657 2003 RR HAARLEM E-MAIL: SECRETARIAAT@MDL.NL **VORMGEVING** M.ART HAARLEM GRAFISCHE VORMGEVING **DRUK** DELTABACH GRAFIMEDIA BV NIEUW-VENNEP ISSN: 1384-5012 **MAGMA** MAGMA IS, VOLGENS VAN DALE, 'DE GESMOLTEN MASSA VAN SILICATEN EN OXIDEN IN HET BINNENSTE DER AARDE'. HET STAAT ALS NAAM VAN DIT TIJDSCHRIFT VOOR HET BINNENSTE VAN DE MENS ÉN VOOR DE DYNAMIEK VAN HET VAKGEBIED MAAG-DARM-LEVERZIEKTEN **COVER** CHRIS HOEFSMIT.

PERISCOOP

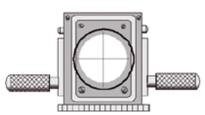
Zuinig

Hoewel de discussie over behandeling voor de ziekte van Pompe voor de MDL-arts minder relevant lijkt, gaat het onderwerp van de snel groeiende kosten in de zorg en de noodzaak tot het stellen van grenzen ons uiteraard sterk aan. Daarbij gaat het niet over dure medicatie alleen, maar over veel meer. Vooruitlopende berichten over een aanstaand rapport van Ab Klink benoemen de mogelijkheid van een miljardenbesparing door het achterwege laten van overbodige diagnostiek en behandelingen. Hoewel de daarbij gegeven voorbeelden voor een deel onbenullig zijn ('buikoverzichtsfoto plus CT-abdomen vervangen door alleen CT…'), onderschrijft een ieder dat op diagnostiek en behandeling zeker bespaard kan worden.

Hier ligt een taak voor de dokter, maar het vraagt ook om aanpassing van de attitude van patiënten en een actieve rol van de zorgverzekeraars. Dat betekent dat we tezamen kritischer paal en perk moeten kunnen stellen aan second opinion voor functionele klachten, herhalen van diagnostiek elders, en ook aan behandelingen in het buitenland. Velen van ons kennen de trieste casuïstiek van patiënten die voor een uitbehandelde ziekte in het buitenland zinloze, en tegelijk ingrijpende en kostbare, aanvullende behandeling kregen. Ik ben benieuwd wat het standpunt van de commissie Klink hierover is.

Voor ons geldt, dat wij kunnen wijzen op het economisch effect van het onderbrengen van MDL-zorg bij een MDL-arts, van de oprichting van MDL-expertisecentra, en van de verschuiving van operatieve naar endoscopische behandeling voor tal van aandoeningen.

Was getekend,
Ernst Kuipers
- voorzitter -



THEMA

Waar staan we medio 2012?

Over een jaar start het bevolkingsonderzoek darmkanker. In deze MAGMA praten we u bij over verschillende aspecten van de voorbereiding en aanstaande uitvoering. Hoe staat het met de financiering? Waarom is het ook al weer noodzakelijk dat elke poliep wordt ingestuurd? Hoe bereidt het RIVM de communicatie voor? Zijn er voorbeelden hóe moeilijke bevolkingsgroepen te bereiken?
En wat is de achtergrond van de in juni bekend geworden kwaliteitseisen? Dat dit laatste onderwerp leeft, blijkt uit de ingezonden brief van de NVMDL i.o. Zoals hoort met ingezonden brieven, vroegen we het bestuur van de NVMDL om een reactie.

De organisatie van de landelijke darmkankerscreening gaat intussen voort. Achter de schermen wordt door vele commissies van het RIVM gewerkt aan de eisen en voorwaarden, die gesteld worden aan de screening. Onder de landelijke commissie van het RIVM sorteren vier werkgroepen: ICT, capaciteit en kwaliteit, financiën en voorlichting.
Steeds vaker word ik gebeld met vragen en blijkt dat er nogal eens een informatieachterstand is. Men weet niet wáár welke informatie kan worden gezocht. Elders in deze MAGMA geef ik een overzicht van de belangrijkste documenten en actuele informatie waarover men kan beschikken.
Heeft u toch nog vragen? Laat het ons weten.

Michiel van Haastert

NIEUWS

Methotrexaat en melkproducten kunnen weer samen

De KNMP heeft het advies om melkproducten n*iet gelijktijdig met Methotrexaat in te nemen* laten vervallen. De mededelingen op het etiket 'Niet tegelijkertijd met melkproducten innemen' of 'Met water innemen, niet met melk' zijn per 1 augustus 2012 verdwenen.
Het advies was gebaseerd op een onderzoek uit 1980 bij tien kinderen met lymfatische leukemie. De bij maaltijden met veel melk gevonden verlaagde MTX-spiegels zijn in later onderzoek nimmer bevestigd. MTX-opname lijkt onafhankelijk te zijn van voeding.

Marten Otten, voorzitter Farmacotherapie Commissie

Veertig behandelcentra vormen spil in zorg rond hepatitispatiënt

De introductie van nieuwe geneesmiddelen maakt de behandeling van virale hepatitis steeds ingewikkelder. Deze geneesmiddelen zijn duur, doelmatige inzet is dus meer dan ooit vereist. Reden voor de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL) om samen met de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) gespecialiseerde behandelcentra voor virale hepatitis in te stellen.

Aan de centra zijn MDL-artsen verbonden die veel ervaring hebben met de behandeling van virale hepatitis. Vaak werken zij samen met internist-infectiologen. Op dit moment voldoen veertig ziekenhuizen aan de kwaliteit- en kwantiteitseisen die zijn opgesteld door de NVDML. “De behandeling van virale hepatitis heeft zich de afgelopen jaren sterk ontwikkeld”, aldus Pieter Honkoop, bestuurslid van de NVMDL en lid van de commissie hepatologie. “Door de uiteenlopende behandelschema’s, stop- en startmomenten, dosisveranderingsmomenten en resistentieproblemen is die behandeling ook steeds complexer geworden. De tijd is voorbij dat je als MDL-arts met slechts enkele patiënten per jaar leverziekten adequaat kunt behandelen. Goede zorg voor de patiënt vraagt om concentratie van kennis en ervaring in expertisecentra die nauwe contacten hebben met de huisartsen en GGD’s in de regio.”

Minimaal twintig patiënten

Harry Janssen, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Hepatologie en ex-bestuurslid van de NVMDL: “De veertig behandelcentra die nu zijn gecertificeerd (*zie pag. 75 voor een compleet overzicht*), behandelen elk jaarlijks minimaal twintig patiënten. Ze beschikken over speciaal opgeleide hepatitisverpleegkundigen en over de juiste infrastructuur: ze kunnen waar nodig terugvallen op een viroloog, patholoog, radioloog of chirurg met kennis van de lever. Verder hebben ze direct toegang tot een virologielab voor snelle diagnostiek. De afdeling moet minimaal twee MDL-artsen tellen die zich continu nascholen in leverziekten. Een andere belangrijke eis is deelname aan studies voor het verzamelen van data. De hepatitiscentra registreren anoniem alle patiënten in een beveiligde, centrale database. Om de kwaliteit te waarborgen, worden zij regelmatig getoetst op de criteria van kwaliteit, kwantiteit en samenwerking. Die toetsing is onderdeel van de reguliere visitatie door de NVMDL. Het aantal van veertig expertisecentra geeft een goede landelijke dekking waardoor patiënten niet ver hoeven te reizen.”

Harry Janssen en Pieter Honkoop: “De tijd is voorbij dat je als MDL-arts met slechts enkele patiënten per jaar leverziekten kunt behandelen.”

Coördinatie van zorg

De behandelcentra stimuleren meer de nauwere samenwerking met de infectiologen. Honkoop: “Niet alleen MDL-artsen behandelen virale hepatitis, maar ook infectiologen. Door het inrichten van deze centra zijn mooie samenwerkingsverbanden ontstaan tussen infectiologen die aan de ene kant van het ziekenhuis, en MDL-artsen die aan de andere kant van het ziekenhuis hepatitispatiënten behandelden. Door die bundeling is de patiënt de uiteindelijke winnaar. De centra coördineren de behandeling van hepatitis in de regio en spelen zo ook een belangrijke rol in de preventie en opsporing van virale hepatitis. Door huisartsen nascholing te bieden, verhogen zij bovendien de alertheid op hepatitis bij deze beroepsgroep. De centra onderhouden ook intensieve contacten met de GGD’s en de verslavingszorg.”

Lever op de kaart

Janssen: “De commissie hepatologie van de NVDML heeft het initiatief tot het instellen van de behandelcentra mede genomen om leverziekten goed op de kaart te zetten binnen de beroepsvereniging. Zonder extra aandacht loopt dit subspecialisme het risico tussen wal en schip te geraken. Er bestaat een groot tekort aan MDL-artsen, die bovendien hun handen vol hebben aan al de scopieën die ze moeten verrichten. Daardoor dreigde de zorg voor patiënten met virale hepatitis in de verdrukking te komen, gelukkig is het aantal MDL-artsen de laatste jaren sterk toegenomen. De behandelcentra zorgen ervoor dat zij de spil worden in de regionale zorg voor de hepatitispatiënt.”

Harry Jansen: “Die aanbieding uit Toronto kon ik niet weigeren”

Harry Janssen is veertien jaar verbonden aan het Erasmus MC, sinds 2006 als hoogleraar hepatologie en hoofd van de sectie leverziekten en transplantatie. Per 1 januari 2013 vertrekt hij naar de University of Toronto om daar leiding te geven aan de afdeling leverziekten. Janssen: “Toronto heeft de grootste levergroep van Noord-Amerika met veel expertise op verschillende gebieden van de leverziekten, zoals virale hepatitis, cholestatische leverziekten, portale hypertensie en leverkanker. Het onderzoek daar is van hetzelfde type als ik hier jarenlang heb gedaan: klinische en translationele research op het gebied van met name virale hepatitis. Toronto telt vijf miljoen inwoners en heeft een heel hoge prevalentie van hepatitis B en C. Door het grote aantal migranten, met name uit Azië, wonen er drie keer zo veel hepatitispatiënten als in Nederland. Een mooie bron voor onderzoek. Het levertransplantatiecentrum voert jaarlijks 170 levertransplantaties uit tegenover zo’n 50 transplantaties hier in Rotterdam. Verder krijg ik een groot lab, een klinische onderzoeksunit en neem ik daar een mooie bloeiende levergroep over van Jenny Heathcote, wereldwijd een prominente leverdokter. Ik heb de laatste jaren meerdere aanbiedingen uit het buitenland ontvangen, maar deze uit Toronto was een kans die ik niet naast me neer kon leggen.”

Prachtige levergroep

“In Rotterdam heb ik het enorm naar mijn zin gehad. We hebben een prachtige levergroep opgebouwd, de grootste van Nederland en één van de grootste van Europa, met veel expertise, zowel aan de klinische als wetenschappelijke kant. Ik begeleid samen met een aantal stafleden nog vijfentwintig promovendi en daarom blijf ik hier voorlopig een aanstelling houden. Goed ook voor de samenwerking tussen Toronto en Rotterdam.”

OPROEP

PEG-IFN-additie bij HBeAg-negatieve HBV-patiënten

In het Erasmus MC Rotterdam, UMC Utrecht, VUmc Amsterdam, UMC St. Radboud Nijmegen, OLVG Amsterdam, RdGG Delft, CWZ Nijmegen, Rijnstate ziekenhuis Arnhem, SFG Rotterdam en het Medisch Centrum Alkmaar zal binnenkort worden gestart met de PEG-IFN-additiestudie.
In deze studie wordt gekeken naar de mate van HBsAg-daling en HBsAg-verlies door tijdelijke additie van PEG-interferon aan reeds met nucleos(t)ide-analoog behandelde HBeAg-negatieve chronische hepatitis-B-patiënten.
In totaal zullen 90 patiënten worden gerandomiseerd:

- 60 patiënten krijgen gedurende 48 weken PEG-IFN toegevoegd aan hun behandeling;
- 30 patiënten continueren hun huidige behandeling met nucleos(t)ide-analoog monotherapie.

Inclusiecriteria

- HBeAg negatief, anti-HBe-positief
- HBV-DNA < 200 IU/mL onder behandeling met een nucleos(t)ide-analoog (minimaal één jaar).

Exclusiecriteria

- Co-infecties met HCV/HDV/HIV
- Behandeling met Telbivudine
- Contra-indicaties voor PEG-IFN.

Belangrijkste eindpunten zullen zijn: HBsAg decline > 0,5 en 1 logIU/mL op week 48 en 72 en HBsAg-verlies.

Contact

Heeft u patiënten die voor deze studie in aanmerking komen of wilt u informatie, dan kunt u contact opnemen met Pauline Arends, arts-onderzoeker, Erasmus MC p.arends@erasmusmc.nl / 010-7031618.

Humira

Hepatitis Behandelcentra in Nederland

De volgende ziekenhuizen voldoen aan de kwaliteits- en kwantiteitseisen die worden gehanteerd door de NVDML en de NIV en mogen zich Hepatitis Behandelcentrum noemen. Op 17 april 2012 waren dit er veertig. Op **www.mdl.nl** en **www.hepatitis.nl** komen actuele kaarten, die steeds zullen worden bijgewerkt.

1. **Alkmaar**
   Medisch Centrum Alkmaar
2. **Almelo**
   ZGT Almelo
3. **Almere**
   Flevoziekenhuis
4. **Amersfoort**
   Meander Medisch Centrum
5. **Amsterdam**
   Academisch Medisch Centrum
6. **Amsterdam**
   St. Lucas Andreas Ziekenhuis
7. **Amsterdam**
   Onze Lieve Vrouwe Gasthuis
8. **Amsterdam**
   VU medisch centrum
9. **Apeldoorn**
   Gelre Ziekenhuizen
10. **Arnhem**
    Ziekenhuis Rijnstate
11. **Beverwijk**
    Rode Kruis Ziekenhuis
12. **Breda**
    Amphia Ziekenhuis
13. **Delft**
    Reinier de Graaf Gasthuis
14. **Den Haag**
    Medisch Centrum Haaglanden, locatie Westeinde/Antoniushoeve
15. **Den Haag**
    Haga Ziekenhuis
16. **Deventer**
    Deventer Ziekenhuis
17. **Dordrecht**
    Albert Schweitzer Ziekenhuis
18. **Eindhoven**
    Catharina Ziekenhuis
19. **Eindhoven**
    Máxima Medisch Centrum
20. **Enschede**
    Medisch Spectrum Twente
21. **Groningen**
    Universitair Medisch Centrum
22. **Haarlem**
    Kennemer Gasthuis, locatie Zuid
23. **Heerlen/Kerkrade**
    Atrium Medisch Centrum Heerlen
24. **'s-Hertogenbosch**
    Jeroen Bosch Ziekenhuis, locatie GZG
25. **Hoogeveen**
    Ziekenhuis Bethesda
26. **Leeuwarden**
    Medisch Centrum Leeuwarden, locatie Zuid
27. **Leiden**
    Leids Universitair Medisch Centrum
28. **Maastricht**
    Maastricht Universitair Medisch Centrum
29. **Nieuwegein**
    St. Antonius Ziekenhuis, loc. Nieuwegein
30. **Nijmegen**
    UMC St Radboud
31. **Nijmegen**
    Canisius Wilhelmina Ziekenhuis
32. **Roermond**
    Laurentius Ziekenhuis
33. **Rotterdam**
    Erasmus MC
34. **Rotterdam**
    Maasstad Ziekenhuis
35. **Rotterdam**
    Sint Franciscus Gasthuis/ IJsselland Ziekenhuis
36. **Tilburg**
    Sint Elisabeth ziekenhuis
37. **Utrecht**
    Universitair Medisch Centrum
38. **Utrecht**
    Diakonessenhuis
39. **Venlo**
    Viecuri MC
40. **Vlissingen**
    Admiraal De Ruyter Ziekenhuis

LEVER

Introductie van proteaseremmers in de behandeling van hepatitis C leidt tot intensivering van de behandeling, begeleiding en follow-up, onder meer vanwege de bijwerkingen. Specifieke groepen patiënten zoals ex-druggebruikers, migranten en patiënten die in penitentiaire inrichtingen verblijven, behoeven daarbij een specifieke behandelingsaanpak. Doel: voorkómen dat zij niet tussen wal en schip belanden en evolueren naar een chronische hepatitis die leidt tot ernstige fibrose en cirrose. Preventie door goede voorlichting is een cruciaal aspect in het voorkómen van besmetting. Maar vooral in groepen die minder toegankelijk zijn, is dit niet eenvoudig.

Hepatitis-C-preventie en behandeling in moeilijk toegankelijke patiëntengroepen

Behandeling van een chronische hepatitis-C-infectie is een opgave voor zowel de patiënt als de behandelaars. Met het aanwijzen van hepatitisbehandelcentra ontstaat een grotere uniformiteit in de behandeling en begeleiding van patiënten. En wordt het voor patiënt én verwijzer nog duidelijker waar hij/zij zich kan melden. Vanuit deze centra kan bovendien de bewustwording door middel van informatieverstrekking worden verbeterd: niet alleen met de eerste lijn, GGD, asielzoekerscentra en het consultatiebureau voor alcohol en drugs (CAD), maar ook met bepaalde patiëntengroepen die in specifieke instellingen verblijven.

Heerlen en Maastricht

De behandeling op de hepatitispolikliniek in Heerlen en Maastricht gebeurt in intensieve samenwerking met de onderafdelingen MDL, infectieziekten (in geval van Maastricht) en de afdeling psychiatrie en wordt ondersteund door de medische microbiologie. Er worden zowel patiënten met HCV-mono-infecties als co-infecties met HIV en HBV behandeld. Op de hepatitispoli worden patiënten gezien door de hepatitisverpleegkundige in samenspraak met de MDL-arts en infectioloog, die in gezamenlijkheid de patiënten voor het polibezoek bespreken.

Het overgrote deel van de patiënten wordt verwezen via huisartsen en GGD's in de regio Maastricht, Heerlen en Sittard en bestaat voornamelijk uit ex-druggebruikers en migranten. Een kleine groep patiënten vormt een dilemma in de opsporing en behandeling, omdat zij zich niet presenteren op de hepatitispolikliniek: veelal ex-iv-druggebruikers die rondlopen met een virale hepatitis en mensen afkomstig uit endemische gebieden.

In detentie

Daarnaast zijn er patiënten die in detentie verblijven. Voor deze groep is er regelmatig contact met de artsen in de penitentiaire inrichtingen. Daar vindt voorlichting plaats en risicogroepen worden gescreend op onder meer hepatitis en HIV-infecties. De hepatitisverpleegkundige bezoekt de instelling, soms vergezeld van een arts, om patiënten te onderzoeken die in aanmerking komen voor een hepatitis-C-behandeling. De patiënten komen eenmalig naar het ziekenhuis voor een echografie van de lever, en worden verder op locatie gecontroleerd. Het verloop van de behandeling komt aan bod tijdens de wekelijkse hepatitisbespreking en teruggekoppeld in het patiëntcontact met de hepatitisverpleegkundige. Jaarlijks worden in de regio Zuid-Limburg twee tot vier gedetineerde patiënten behandeld.

Methadonverstrekking

Voor een klein deel van de ex-iv-drugsgebruikers die bij de Ambulante Hulpverlening Verslavingszorg Maastricht/Mergelland en Heerlen van de stichting Mondriaan (voorheen CAD) worden gevolgd in verband met onder meer de methadonverstrekking, is een poliklinische ziekenhuissetting voor de hepatitisbehandeling onoverbrugbaar. Voor deze groep is ruim tien jaar geleden – in samenwerking met de afdeling infectieziekten van het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC) en de onderafdeling MDL – de mogelijkheid ontwikkeld een hepatitisbehandeling ter plaatse te starten en te begeleiden. De samenwerking was aanvankelijk opgezet ter preventie en screening van HIV-besmetting met het HIV-behandelcentrum van het MUMC. Momenteel loopt er een zeer uitgebreid programma met informatie en voorlichting over virale hepatitis en HIV-infectie. De ambulante hulpverlening informeert de risicogroepen en screent gebruikers en ex-gebruikers op onder andere virale hepatitis en HIV. Indien geen actief iv-druggebruik meer plaatsvindt, kan de ex-gebruiker worden behandeld voor virale hepatitis. Dit gebeurt opnieuw op locatie Heerlen door de hepatitisverpleegkundige, nadat de ex-gebruiker is gezien door een internist. De behandeling wordt besproken in het hepatitisteam en zo nodig aangepast afhankelijk van de bijwerkingen. De medicatie wordt gegeven tijdens het afhalen van de methadon en ook de peg-interferon-injectie wordt aldaar toegediend, waardoor de therapietrouw zo optimaal mogelijk wordt.
Ex-gebruikers zijn zeer tevreden over deze manier van behandelen en informeren andere gebruikers over de mogelijkheid van screening en behandeling. Ook co-infecties met hepatitis B en HIV worden behandeld, waarbij de European AIDS Clinical Society-richtlijn (EACS: **http://europeanaidsclinicalsociety.org/**) wordt gevolgd. Per jaar worden ongeveer tien ex-druggebruikers behandeld met HCV-mono-infecties en co-infecties. De meeste patiënten krijgen ambulant een echo lever, een leverbiopsie wordt zelden uitgevoerd en de bloedafname wordt op locatie geprikt, ook wanneer het arterieel moet worden afgenomen.

Migranten

Een derde groep moeilijk bereikbare patiënten zijn migranten. Asielzoekers worden gescreend en doorverwezen naar de polikliniek. Overige patiënten worden niet specifiek geïnformeerd, maar veelal verwezen. De communicatie verloopt vaak moeizaam. Met gebruikmaking van de tolkentelefoon wordt getracht de behandeling uit te leggen en vragen te beantwoorden om daarmee het succes van de behandeling zo groot mogelijk te krijgen. Deze groep blijft een zwakke schakel in de hepatitis-C-behandeling vanwege hun onzekere toekomst. De patiënten zelf zijn vaak zeer gemotiveerd de behandeling te ondergaan, waarbij de financiering meestal geen problemen oplevert.

Ron Vergoossen en Gerrit Schreij (*rechts*) nemen bloed af tijdens hun spreekuur op bij de Mondriaan Stichting Heerlen.

Toekomst

In de nabije toekomst wordt de samenwerking tussen de hepatitisbehandelaars in Heerlen, Sittard en Maastricht uitgebreid en streven we naar een Viraal Hepatitis Expertise Centrum Zuid-Limburg. De bedoeling hiermee is de drempel te verlagen en uitgebreid informatie te verstrekken via de eerste lijn, stichting Mondriaan, de GGD's in Heerlen en Maastricht om daarmee de behandeling te optimaliseren voor een zo groot mogelijke populatie. Daarmee willen we de verspreiding van virale hepatitis verminderen en een zo groot mogelijke groep op verschillende locaties behandelen. Wij zijn van mening dat op deze manier er een groot palet aan hepatitis-C-behandelingen gegeven kan worden, geïndividualiseerd naar de omstandigheid waarin de patiënt zich bevindt.

Ger Koek, MDL-onderafdeling MUMC
Gerrit Schreij, Afdeling Interne geneeskunde, MUMC
Minke Bakker, MDL-afdeling, Atrium MC, Heerlen

Vervolg MDL-Transfers van pagina 70.

endografie. Michèl Aquarius (AZM) start als 5e MDL-arts in Venlo op 1 december aanstaande.

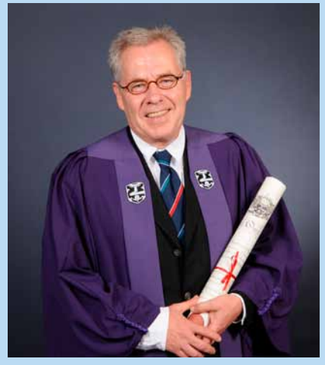
Westen
Joep Bartelsman (pensionado AMC) gaat als *teaching endoscopist* naar het EMC per 1 september 2012, in een duobaan met Wilco Lesterhuis voor scopie-onderwijs. Het lijkt op Johan Cruyff, die op zijn oude dag ook overliep naar Feyenoord. Eduard van Hoboken (LUMC) start op 1 januari 2013 als 4e MDL-arts in het RKZ Beverwijk. Yasser Alderlieste (AMC) gaat een jaar extra Digestive Oncologie doen bij het AvL. Het lijkt zowaar een Chivo-schap, zoals we al veel zagen in de heelkunde. Marion Kerkhof (EMC) start (1 mei 2013) als 4e MDL-arts in Gouda, Joukje Bosman (UMCU) volgt haar in de loop van 2013.

Algemeen
Er zijn nu 386 MDL-artsen, waarvan 377 lid van de NVMDL. Daarnaast zijn er 183 MDL-artsen in opleiding, waarvan slechts 132 lid zijn van onze vereniging.

Gorinchem, Hoorn, Purmerend, Geldrop en Tilburg zoeken dringend versterking. Met de forse uitstroom van jonge MDL-artsen in 2013–2014 zullen deze vacatures grotendeels worden ingevuld.

NIEUWS

Honorary fellowship voor Chris Mulder



Hoofd afdeling MDL in het VUmc en hoogleraar MDL aan de Vrije Universiteit Chris Mulder is in Londen benoemd tot *honorary and distiguished fellow of the Royal College of Physicians*. Hij kreeg deze eervolle titel onder meer voor zijn werk op (refractaire) coeliakie, drugrediscovery, Cladribine en 6Tg, het ontwikkelen van een flexibele endoscopische behandeling van een Zenkers divertikel. Ook werd waardering uitgesproken voor zijn betrokkenheid bij de nascholing van ongeveer 800 Oost-Europese en Afrikaanse MDL-artsen in Nederland in de periode 1991–2009.

Pentasa

Hepatitisscreening: hoe bereiken we migrantengroepen?

De ontwikkelingen in de mogelijkheden voor antivirale behandeling van chronische hepatitis B en C volgen elkaar in hoog tempo op. De vraag is inmiddels niet meer óf er moet worden behandeld, maar: hoe identificeren we tijdig de patiënten die baat hebben bij behandeling? Door screening kan de vroege opsporing van patiënten met actieve chronische virale hepatitis verbeteren. Hoe zorg je echter dat je juist de risicogroepen bereikt?

Door de lage prevalentie van chronische hepatitis B en C in de bevolking als geheel is een algemene populatiescreening geen goede optie. Screening dient zich te richten op risicogroepen. Een belangrijke risicogroep zijn migranten geboren in hepatitis-B- en C-endemische gebieden. Maar ook binnen deze eerste generatie migranten bestaan grote verschillen, waarbij vooral migranten uit Zuidoost-Azië een zeer hoog risico hebben. In Rotterdam is de GGD in samenwerking met het Erasmus MC daarom een aantal jaren geleden een project gestart om screening aan te bieden aan de Chinese bevolking.
Hoewel de Chinese bevolkingsgroep nog geen 2% van het totaal aantal inwoners in het werkgebied van de GGD Rotterdam-Rijnmond omvat, komt elk jaar rond de 20% van de nieuw ontdekte hepatitis B uit deze gemeenschap. Omdat de Chinese gemeenschap een relatief moeilijk bereikbare groep is, werd gekozen voor een *outreach*-campagne.

Outreach

De campagne, die in zeer nauwe samenwerking met de Chinese gemeenschap werd georganiseerd, kreeg de naam 'China aan de Maas'. Het primaire doel: laagdrempelig voorlichten over hepatitis B, waarna men zich gratis op locatie op hepatitis B kon laten testen. Tijdens het Chinese Nieuwjaar werden in en om het Rotterdamse Chinatown elf *outreach*-acties georganiseerd. Daarbij werden kerken, buurthuizen en restaurants voor een middag of avond omgebouwd tot campagneplek met vaak meerdere spreekkamers. Chinese voorlichters en *peers* werden ingezet om presentaties te geven. Zo sprak een Chinese dominee, die zelf voor hepatitis B werd behandeld, tijdens meerdere bijeenkomsten het publiek toe.
Tijdens de campagne hebben 1100 Chinese Rotterdammers zich op hepatitis B laten testen. Van deze deelnemers was 49% ooit in contact geweest met het hepatitis-B-virus, terwijl 8,6% van de deelnemers een chronische infectie bleek te hebben. Deze bevindingen kwamen overeen met de ramingen die bij de start van de campagne waren gemaakt. De cijfers geven aan dat binnen de Nederlands-Chinese populatie de hepatitis-B-prevalentie zeer hoog is. Inmiddels heeft deze aanpak navolging gevonden in andere grote steden.

Tijdens het Chinese Nieuwjaar werden kerken, buurthuizen en restaurants omgebouwd tot campagneplek met vaak meerdere spreekkamers.

Systematische aanpak

Daarnaast is voor een systematische aanpak van screening gekozen. Omdat in Nederland het geboorteland staat geregistreerd in de gemeentelijke basisadministratie, is het voor de GGD mogelijk mensen op grond van hun geboorteland een individuele uitnodiging te sturen. In Rotterdam is zo screening aangeboden aan de Turkse bevolking en in Arnhem, Groningen, Leeuwarden en Assen aan een aantal andere migrantengroepen uit midden- en hoog-endemische landen.

Reguliere zorg

Naast *outreach* of systematische screening kunnen patiënten worden geïdentificeerd door beter gebruik te maken van de opsporingskansen in de reguliere zorg. Een manier is de bewustwording bij (huis)artsen te verbeteren, zodat zij bij patiënten met verhoogde leverfunctietesten eerder aan virale hepatitis denken, in het bijzonder als het een patiënt uit een endemisch gebied betreft.

Inmiddels is ervaring opgedaan met verschillende methoden van screening. Nu is de uitdaging om deze kennis te vertalen naar effectief landelijk screeningsbeleid gericht op migrantengroepen.

Irene Veldhuijzen, onderzoeker
Reinoud Wolter, beleidsmedewerker,
GGD Rotterdam-Rijnmond
Marijke Mostert,
Nationaal Hepatitis Centrum

Victrilys

BEVOLKINGSONDERZOEK

Financiële aspecten coloncarcinoomscreening in tweede lijn

De coloncarcinoomscreening gaat in het najaar van 2013 van start. De screening wordt door VWS gefinancierd vanuit de Subsidieregeling publieke gezondheid.
Er is afgesproken met het Ministerie van VWS en de ziektekostenverzekeraars, dat er een budget komt voor de te verwachten extra zorg die de coloncarcinoomscreening met zich meebrengt. Het Ministerie van VWS heeft hierover mondeling medegedeeld dat er een uitbreiding van het BKZ voor dit bevolkingsonderzoek gaat plaatsvinden. Deze uitbreiding bovenop het maximale groeipercentage van 2,5% is op 25 augustus 2012 formeel bevestigd door VWS.

Bij dit aanvullende budget horen niet alleen de kosten van extra colonoscopieën, geschat op 80.000 per jaar, maar ook de kosten voor eventuele extra diagnostiek, operaties, chemotherapie, bestraling et cetera, die voortvloeien uit de bevindingen van de screening. Vanwege de geleidelijke invoering van de screening zal in eerste instantie in 2014 € 16 miljoen worden gereserveerd. Na totale invoering van de screening in 2017 is € 72 miljoen begroot. Er wordt dan uitgegaan van ongeveer € 1000 per verwezen patiënt met een positieve iFOBT voor wie alle tweedelijnszorg moet worden uitgevoerd, inclusief het honorarium voor de medisch specialist. Deze middelen zijn nog niet verdeeld over de macrokaders 'huisartsen' (klein deel), 'instellingen voor medisch-specialistische zorg' en 'honorarium medisch specialisten als vrije beroepsbeoefenaren'. Deze verdeling zal plaatsvinden in de begroting 2013 die op Prinsjesdag verschijnt en wordt besproken in het Hoofdlijnenakkoord. Bij navraag geeft het Ministerie van VWS aan, dat de bedragen worden opgeteld bij de macrokaders.

Lokale besteding

Aangezien het BKZ voor instellingen voor medisch-specialistische zorg en honorarium medisch specialisten als vrije beroepsbeoefenaren wordt verdeeld over de ziekenhuizen, zal op lokaal niveau moeten worden beslist hoe het budget wordt besteed. Hierbij zijn de lokale onderhandelingen met de ziektekostenverzekeraars over welke zorg wordt vergoed (en voor hoevéél) van groot belang. Bij een toegestane groei van het BKZ met 2,5% per jaar zal, wanneer aan de toenemende vraag naar colonoscopieën moet worden voldaan, sommige overige zorg niet kunnen worden bekostigd. Dit kan binnen ziekenhuizen en tussen specialistengroepen tot spanningen leiden, zeker wanneer er in de medische staf uitbreiding van het aantal fte MDL-artsen wordt gevraagd.
Hiervoor zullen zowel overleg met ziekenhuisdirecties als onderhandelingen met ziektekostenverzekeraars nodig zijn. Ziektekostenverzekeraars Nederland (ZN) realiseert zich dat op landelijk niveau voldoende (colonoscopie)zorg moet worden ingekocht.
Voor de ziekenhuizen betekent de invoering van coloncarcinoomscreening een te overziene investering, omdat de endoscopieunits al bestaan. Wel zal op termijn extra personeel moeten worden opgeleid en extra apparatuur ingezet. Ook moeten de endoscopieafdelingen worden gecertificeerd, hetgeen flinke inspanningen en kosten met zich mee kan brengen. De geleidelijkheid van invoering en de redelijke schatting die gemaakt kan worden hoeveel extra colonoscopieën er per centrum in de komende jaren verricht moeten worden, maakt manpowerplanning met betrekking tot MDL-artsen mogelijk.

De geleidelijke invoering van de coloncarcinoomscreening zal in de loop van de tijd

Lees verder op pagina 83.

Moviprep

Vervolg van pagina 81.

duidelijk maken hoe de bekostiging hiervan zal worden uitgevoerd, en tot welke problemen dit leidt. Om het nog iets ingewikkelder te maken: het ziet ernaar uit dat de bekostiging en honorering van medisch specialisten en ziekenhuizen in 2015 zullen worden veranderd, waarbij de tarieven tussen ziekenhuizen en ziektekostenverzekeraars 'vrij' moeten worden onderhandeld. Voor 2013 en 2014 zal de honorering van de deelnemende MDL-artsen geschieden door gebruikmaking van het DOT/DBC-product coloncarcinoomscreening met het bijbehorende honorarium. De beroepsbelangencommissie MDL zal erop toezien dat de honorering hiervan conform de (tijds)belasting is. Met de grote ziektekostenverzekeraars wordt al overleg gevoerd over de consequenties van het invoeren van het coloncarcinoomscreeningsprogramma.

DOT/DBC

Er wordt gewerkt aan een DOT/DBC-product coloncarcinoomscreening dat bij de start van de screening gereed zal zijn. De inhoud hiervan zal waarschijnlijk bestaan uit een intakeconsult, een colonoscopie (waarbij ervan wordt uitgegaan dat de complete uitvoering van een colonoscopie 45 minuten duurt), en eventueel tweede (telefonisch) consult. Met DBC-onderhoud is er nog overleg over het exacte profiel van dit zorgproduct en wat dit zal betekenen voor de honorering. De honorering van dit DOT/DBC-product zal vermoedelijk analoog zijn aan zorgproducten met ongeveer dezelfde inhoud (zoals colonpoliepen en IBS). Het is nog niet duidelijk of dit DOT/DBC ook gebruikt moet gaat worden ingeval bij een patiënt een coloncarcinoom wordt vastgesteld. Omdat het kan vóórkomen dat de screeningsscopie in een ander centrum wordt uitgevoerd dan in het voor de patiënt 'eigen' ziekenhuis, moet ook nog worden nagedacht over de toepassing van de DOT/DBC-producten bij overplaatsing

Lees verder op pagina 84.

Heelkunde bereidt zich voor

"De totale extra kosten op het gebied van heelkunde worden geraamd op ruim 38 miljoen euro. Hiervan heeft 35 miljoen betrekking op de ziekenhuizen en 3,2 miljoen betreft het extra honorarium voor chirurgen. Deze bedragen zijn gebaseerd op de geschatte 3.000 extra operaties die zullen moeten worden uitgevoerd als gevolg van het bevolkingsonderzoek darmkanker." Prof. dr. Rob Tollenaar, afdelingshoofd van de afdeling Heelkunde in het LUMC en voorzitter van de wetenschappelijk commissie van de Dutch Surgical Colorectal Audit (DSCA) is hier aan het woord als voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Heelkunde (NVvH).

Hij legt vervolgens uit dat iedereen binnen heelkunde het als een tijdelijke toename ziet. "Waar je uiteindelijk uitkomt, is nu niet te zeggen. De verwachting is niet alleen dat het in de loop der tijd lager zal zijn dan nu, maar ook – en belangrijker – dat de ingrepen minder complex zullen zijn. De tijd moet het leren, maar omdat in een eerder stadium kanker zal worden ontdekt, zullen we te maken krijgen met minder uitzaaiingen en dus met minder chemotherapieën. Tel daarbij op dat we ook nog eens verwachten dat darmkanker minder zal voorkomen, omdat dankzij de uitgevoerde coloscopieën de poliepen in een vroeg stadium zijn verwijderd, en de winst voor de volksgezondheid is evident. Ook financieel."
De NVvH zal uitgebreid aandacht besteden aan het bevolkingsonderzoek; in diverse nieuwsbrieven en tijdens haar wetenschappelijke vergaderingen. "In mei 2012 hebben prof. Ernst Kuipers en anderen ons op de chirurgendagen verteld wat het allemaal voor chirurgie gaat betekenen. Tevens loopt er een voorlichtingstraject over die zaken waar men op moet letten tijdens budgetbesprekingen met ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Er komt echt veel meer bij kijken dan het inboeken van een paar uur meer OK. Extra intakegesprekken met patiënten, meer overleg met de MDL-arts, meer verpleging, meer nazorg om maar iets te noemen. En in elk ziekenhuis zal het ook nog eens anders zijn."
Als wordt gevraagd wie het bedrag gaat betalen, verwijst Tollenaar naar de toezegging van de minister dat er extra budget zal worden vrijgemaakt. "In overleg met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) is berekend dat 80 miljoen euro nodig is voor screening, coloscopieën en chirurgische ingrepen. Of de minister een dergelijk bedrag in haar hoofd heeft, weet ik niet. Wel is zeker dat het een punt van zorg is als dat bedrag er niet komt of als het minder is dan die 80 miljoen. En natuurlijk moet het ook netjes verdeeld worden tussen alle betrokkenen. Vooralsnog gaan we ervan uit dat die 80 miljoen er gewoon komt."

Vervolg van pagina 83.

van zorg van een screeningscentrum naar een andere instelling. De screening op coloncarcinoom zal in de eerste screeningsronde per leeftijdscategorie een veel grotere poliep- en carcinoomopbrengst hebben dan de tweede en volgende screeningsronde. De reden hiervan is dat coloncarcinomen en grote colonpoliepen gemiddeld vele (meer dan vijf) jaren nodig hebben om zich te ontwikkelen. De meeste hiervan worden bij de eerste screeningsronde 'gefilterd', waarbij er waarschijnlijk een tijdelijke toename van coloncarcinoomchirurgie te verwachten is. Pas na 2018 zal hierin uiteindelijk een evenwichtige toestand ontstaan, waarna het aantal gevonden carcinomen vermoedelijk zal dalen.

Van MDL-artsen mag worden gevraagd dat zij hun schaarse colonoscopiecapaciteit besteden aan goed geïndiceerde en in kader van poliepfollow-up niet te vroeg uitgevoerde colonoscopieën. Bij vermeende familiaire belasting wordt soms te gemakkelijk een colonoscopie geïndiceerd. Uit onderzoek blijkt dat een aanzienlijk deel van de door MDL-artsen uitgevoerde colonoscopieën volgens de geldende richtlijnen (nog) niet uitgevoerd hoeft te worden. Door een geplande aanpassing van de richtlijn poliepfollow-up zal er ook enige scopiecapaciteit beschikbaar komen.

Verpleegkundig endoscopist

Tot slot: de in september 2012 startende en slechts twaalf maanden durende opleiding tot verpleegkundig endoscopist zal op redelijk korte termijn de endoscopische nood enigszins gaan lenigen. Er zullen in de opleiding jaarlijks ongeveer 30 endoscopieassistenten worden opgeleid die alleen onder supervisie van een MDL-arts mogen (colo)scopiëren. De opgeleide verpleegkundig endoscopist zal in de toekomst, in tegenstelling tot verpleegkundig specialisten en physician assistants, niet in staat worden gesteld om zelfstandig praktijk te voeren en zelfstandig te declareren.

Wanneer een getraind verpleegkundig endoscopist wordt gefaciliteerd om bijvoorbeeld in vier dagdelen per week 16 colonoscopieën te doen, dan worden er op jaarbasis ongeveer 640 colonoscopieën extra gedaan. Na 2014 zal het grootschalig invoeren van scopieën verricht door verpleegkundig endoscopisten in het kader van de vrije onderhandelingen tussen ziekenhuizen en verzekeraars mogelijk een drukkend effect hebben op het honorariumdeel van de colonoscopie, en wellicht van (grote) invloed zijn op het dagelijks werk van de MDL-arts. Meer tijd zal vrijkomen voor superviserende, poliklinische en klinische taken.

Sybrand de Boer
Beroepsbelangen Commissie NVMDL

INGEZONDEN BRIEF

'Heb jij je CVB al?'

Een van de pijlers van het aanstaande bevolkingsonderzoek naar darmkanker is kwaliteitscontrole. Onder auspiciën van het RIVM is het protocol 'Toelating en auditen coloscopie' tot stand gekomen. Een opvallende toelatingseis om screeningscoloscopieën te mogen uitvoeren, is het verkrijgen van een coloscopievaardigheidsbewijs (CVB). Deze eis impliceert dat de huidige opleiding tot MDL-arts niet volstaat om een screeningscoloscopie te verrichten. Het volgende betoog maakt duidelijk dat dit onwenselijk is.

Om de kwaliteit van endoscopische ingrepen te waarborgen bestaan er uitvoerige toetsingsinstrumenten zoals gebruikt bij de vijfjaarlijkse kwaliteitsvisitatie. Het RIVM heeft gemeend voor het bevolkingsonderzoek separate kwaliteitseisen te moeten formuleren, omdat het gezonde mensen betreft. Zo moet de endoscopist bij zijn coloscopieën in 90% het coecum bereiken en in 20% een poliep detecteren. Opvallend is de eis van een vaardigheidsbewijs, te verkrijgen na een tweedaagse coloscopie-opleiding.
Of bovengenoemde kwaliteitseisen een plaats hebben náást de kwaliteitseisen waaraan elke andere verrichting moet voldoen, is de vraag. Het staat geenszins vast, dat het *meten en toetsen* van de vaardigheden van de endoscopist aan de hand van genoemde criteria bijdraagt aan de kwaliteit van endoscopie. Bovendien is het vreemd dat een coloscopie bij een positieve iFOBT aan strengere voorwaarden moet voldoen dan bij een reguliere patiënt.
Een apart vaardigheidsbewijs voor screeningscoloscopieën overschrijdt alle grenzen der redelijkheid. Wij nemen hier stelling tegen de kwaliteitseis dat jonge klaren dienen te beschikken over een dergelijk vaardigheidsbewijs (dat ons gezien de duur van de cursus doet denken aan een golfvaardigheidsbewijs (GVB)).

Gedurende de opleiding tot MDL-arts bekwaamt de aios zich in coloscopie. Hij wordt intensief begeleid door een opleidingsteam, meestal door 1-op-1 supervisie. Er bestaan diverse toetsingsinstrumenten zoals de *Objective Structured Assessment of Technical Skills*. Na de opleiding wordt de aios geacht over alle competenties te beschikken om als volwaardig MDL-arts aan de slag te gaan.
De jonge klare mag nu niet alleen coloscopieën verrichten, maar ook risicovolle ingrepen als pneumodilatie bij achalasie of rubberbandligatie bij een bloedende oesofagusvarix.

Met de nieuwe regelgeving is het verrichten van coloscopie bij een deelnemer aan het bevolkingsonderzoek echter te hoog gegrepen. Een aanvullende cursus van maar liefst twee dagen biedt uitkomst. Aan de deelnemende MDL-arts zullen juist díe competenties worden bijgebracht die node hebben ontbroken tijdens de voorafgaande vierjarige opleiding en onontbeerlijk zijn voor het verrichten van een screeningscoloscopie. Aan het eind van de cursus keert de deelnemer huiswaarts met het felbegeerde vaardigheidsbewijs. Nu kan hij pas echt beginnen.

De invoering van een coloscopievaardigheidsbewijs (CVB) voor jonge klaren leidt tot een tweedeling. A-endoscopisten (mét CVB) mogen deelnemen aan het bevolkingsonderzoek; B-endoscopisten (zonder CVB) mogen dit niet, terwijl ook zij door ervaren opleiders bekwaam zijn geacht tot het verrichten van eenvoudige én ingewikkelde endoscopische verrichtingen. Dit is niet anders te duiden dan als minachting van de opleiding tot MDL-arts door het RIVM en een impliciete devaluatie van de opleiding.
Het eventueel tegen te werpen argument dat het verkrijgen van het CVB in de praktijk weinig problemen zal opleveren voor de jonge klare, snijdt geen hout. In dat geval is het vaardigheidsbewijs verworden tot een bureaucratisch certificaat of, in andere bewoordingen, een wassen neus.

Op grond van bovenstaande argumenten biedt de invoering van een apart vaardigheidsbewijs voor screeningscoloscopieën geen meerwaarde naast de huidige opleiding tot MDL-arts. Het verdient aanbeveling deze eis te laten vervallen voor de huidige en toekomstige aios. De overige kwaliteitseisen hebben slechts dan meerwaarde als zij gelden voor alle coloscopieën.

mr. Yvo F.C. Kortmann
mede namens het bestuur van de NVMDL i.o.:

R.W.M. Schrauwen, UMC St. Radboud
dr. M.J ter Borg, Erasmus MC
M.P.J. van den Broek, LUMC
mr. Y.F.C. Kortmann, VUmc
A.Y. Thijssen, Maastricht UMC+

REACTIE

Screenings Coloscopie Vaardigheidsbewijs versterkt opleiding MDL-arts

De initiële weerstand tegen aparte kwaliteitscertificering voor screeningscentra en screeningsendoscopisten is invoelbaar en vraagt om een inhoudelijke respons, en een gelijke lat voor allen die straks het coloscopieprogramma tot een succes moeten gaan maken: aios, verpleegkundig specialist, internist, chirurg of MDL-arts. Daarvoor even de feiten op een rij.

Ten eerste zal het bevolkingsonderzoek leiden tot ongeveer 80.000 extra coloscopieën, in een oudere populatie, met frequente co-morbiditeit, en met een ruim 40% *a priori*-kans op veelal multiple, grote adenomen en colorectaal carcinoom.

Ten tweede staat of valt het preventief effect van het bevolkingsonderzoek met de kwaliteit van de endoscopie, een kwaliteit die in de afgelopen jaren op basis van veel literatuur duidelijk is gedefinieerd in termen van (onder andere) colonvoorbereiding, coecumintubatie, adenoomdetectie, adenoomverwijdering, patiëntbelasting en complicaties.
Ten derde toont herhaald praktijkonderzoek, ook in Nederland, dat de huidige kwaliteit van endoscopie niet standaard voldoet aan die uit de literatuur naar voren komende criteria.
Tot slot is met name in Engeland gebleken, dat een uniform certificeringsprogramma voor endoscopie-units en endoscopisten ongeacht achtergrond een sterk kwaliteitsverhogend effect heeft.

Dit zijn de redenen waarom het RIVM bij invoering van het bevolkingsonderzoek terecht aan de NVMDL heeft gevraagd om heldere certificering, een vraag waarbij zorgverzekeraars zich nu aansluiten. Dit zal zonder twijfel ook een effect hebben op de coloscopieën buiten het bevolkingsonderzoek, waarop dezelfde kwaliteitscriteria kunnen worden toegepast. Zowel ervaren als beginnend medisch-specialisten zullen moeten investeren in de kwaliteit van coloscopie. Dit betekent niet dat de criteria leiden tot een tweedeling van endoscopisten, maar wel tot een verdere verbetering van de kwaliteit van de coloscopie in Nederland.

Namens het NVMDL bestuur,
Ernst Kuipers
Lucette Schipper
Michiel Ledeboer

Kijk op www.mdl.nl/MAGMA voor de literatuurverwijzingen (e-publicaties) bij deze reactie.

TOELATINGSEISEN MOETEN GELIJKE BEHANDELING PATIËNTEN WAARBORGEN

Vervolgonderzoek vraagt discipline van coloscopiecentrum

"We kunnen niet anders dan voorzichtig beginnen met de communicatie over dit bevolkingsonderzoek. De gefaseerde invoering ervan laat ons geen andere keuze. Dat op zich is al een lastige boodschap. Je krijgt onherroepelijk vragen in de trant van 'waarom hij of zij wel en ik niet?' Dit kan gevolgen hebben voor de vraag naar het aantal zelftests, maar dat blijft gissen."

We praten met Monique van Wieren, programmamedewerker Team invoering bevolkingsonderzoek darmkanker en Nynke van der Veen, programmacoördinator bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker van het RIVM.
Nynke van der Veen ziet duidelijk overeenkomsten tussen beide bevolkingsonderzoeken. Bij beide onderzoeken gaat het om een afgebakende leeftijdsgroep. En beide herbergen in grote lijnen dezelfde voor- en nadelen. "Dat helpt ons bij de communicatie over het bevolkingsonderzoek. Als RIVM moeten wij hierin volkomen neutraal zijn. Het RIVM is vóór noch tegen. Wij moeten zo zorgvuldig mogelijk de pro's en contra's van het onderzoek vermelden in de uitnodigingsbrief en de begeleidende brochure. Van ons zal men niet horen dat men móet deelnemen. Wij moeten eerlijke, evenwichtige en volledige informatie verschaffen."
Beide onderzoeken hebben als pluspunt dat, wanneer je er vroeg bij bent en de kanker in een pril stadium wordt ontdekt, de kans op genezing groot is. Maar ook de keerzijde van de medaille, de ongerustheid die optreedt wanneer mogelijk kanker is ontdekt, is kenmerkend voor beide onderzoeken. Monique van Wieren: "Het bevolkingsonderzoek is voor mensen die in principe gezond zijn. Zij hebben geen klachten. Dat beeld kan in één keer zijn veranderd en uit het niets is men ineens patiënt. Vooral dit laatste eist grote zorgvuldigheid in onze communicatie."
Van der Veen vult aan: "Daarmee hebben we veel ervaring dankzij het baarmoederhalskankeronderzoek. Ook daar is men bij een positieve uitslag ineens patiënt."

Nieuw voor het RIVM is, dat mannen worden uitgenodigd voor een bevolkingsonderzoek naar kanker. Het RIVM verwacht niet dat de deelname van mannen de communicatie rondom het bevolkingsonderzoek zal bemoeilijken. Om als afzender zo herkenbaar mogelijk te zijn, zal het RIVM met zijn communicatiemateriaal nauw aansluiten bij de huidige vormgeving en fotografie van de brochures en folders over de twee andere bevolkingsonderzoeken naar kanker.

Of het zinvol is om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek darmkanker, bepaalt men zelf. Het feit dat de voordelen opwegen tegen de nadelen en dat de te behalen gezondheidswinst groot is, wil niet zeggen dat zulks voor iedereen geldt. Voor ieder individu kan de weging van de voor- en nadelen anders uitpakken. MDL-artsen of huisartsen kunnen bij die afweging helpen. Van der Veen: "Wij leiden alles in goede banen en communiceren zonder enige opsmuk de voor- en nadelen en over het vervolgtraject. Zo clean mogelijk, de keuze is aan de genodigde."

RIVM moet eerlijke, evenwichtige en volledige informatie verschaffen

Het vervolgonderzoek, de uit te voeren coloscopie, is een kwetsbaar punt binnen dit bevolkingsonderzoek. Van Wieren: "Aan een coloscopie zijn risico's verbonden. Een fatale afloop voor de patiënt is zelfs niet ondenkbaar. Stel je voor, dat iemand overlijdt als gevolg van een coloscopie na een doorverwijzing uit het bevolkingsonderzoek. Ongeacht de oorzaak kan dit leiden tot maatschappelijke onrust over het bevolkingsonderzoek en twijfel bij de doelgroep: 'doe ik er verstandig aan om mee te doen met het bevolkingsonderzoek?' Om die reden stelt het RIVM kwaliteitseisen aan de centra die in aanmerking willen komen voor het doen van coloscopieën."
Van Wieren wijst op de 'Toelatingseisen voor de uitvoering van coloscopieën vanuit het bevolkingsonderzoek darmkanker' die vorige maand in een brochure werden gepubliceerd. De eisen zijn onder meer tot stand gekomen in overleg met MDL-artsen, internisten en chirurgen. De gestelde kwaliteitseisen sluiten aan bij de kwaliteitsprocessen van de NVMDL. Van der Veen: "Natuurlijk is ook gebruikgemaakt van de ervaringen die we hebben opgedaan met de twee bestaande bevolkingsonderzoeken."

De toetsing van endoscopisten is zeker niet alleen gericht op de uitvoering van een coloscopie, legt Van Wieren uit. Waar het ook om gaat, is dat elk coloscopiecentrum eenzelfde route hanteert. Dat vraagt discipline. Men kan niet naar eigen inzichten het vervolgonderzoek inrichten en uitvoeren. De communicatie richting patiënt moet in elk centrum gelijk zijn. Overal moet eenzelfde intakegesprek plaatshebben. Een gesprek waar de voor- en nadelen van het onderzoek worden besproken en uitgelegd. "Er moeten eenduidige antwoorden zijn op vragen die de revue passeren. Natuurlijk zullen er kleine verschillen blijven, maar in zijn geheel moet elk onderzoek eenzelfde indeling hebben. Dáár gaat het om bij de toetsing van de endoscopisten: dat iedereen die met dit bevolkingsonderzoek heeft te maken, op dezelfde lijn zit. In Groningen moet het onderzoek net zo verlopen als in Maastricht."

Gefaseerde invoering dwingt tot voorzichtig beginnen met de communicatie

"Dat is ook de grote kracht van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker", vult Van der Veen haar aan. "Overal gebeurt dit via dezelfde route."
Met de acceptatie van een bevolkingsonderzoek heeft het RIVM veel ervaring. Van der Veen denkt dat er ongetwijfeld gevoelens van schaamte zullen optreden als het gaat om het moeten opvangen van de ontlasting, om dit dan vervolgens te moeten opsturen. "Belangrijk is om te monitoren of bepaalde subgroepen, denk aan mensen met een lage sociaal-economische status en allochtonen, belemmeringen ervaren om deel te nemen aan het bevolkingsonderzoek darmkanker. Als dit het geval is, moeten we kijken of we door aanpassing van het voorlichtingsmateriaal deze belemmeringen kunnen wegnemen."
Binnenkort test TNO-NIPO de voorlichtingsmaterialen die het RIVM voor dit bevolkingsonderzoek heeft ontwikkeld. Het is de eerste stap in de optimalisering van de communicatiemiddelen. In een later stadium volgt een belevingsonderzoek waarin onder meer wordt gekeken hoe men het bevolkingsonderzoek ervaart.
Het patiënt worden bij een positieve uitslag en de mogelijke financiële gevolgen daarvan, zullen uitgebreid worden gecommuniceerd in de 'uitslagbrief' en in de brochure die daarbij wordt meegestuurd. Van der Veen: "Dat gebeurt nu ook met de twee andere bevolkingsonderzoeken."
Van Wieren: "Kortom, veel zaken om rekening mee te houden in de communicatie. Voor het RIVM geldt, dat de doelgroep een geïnformeerde keuze moet kunnen maken. Wij moeten alle facetten communiceren. Dat betekent natuurlijk aandacht voor de verwachte gezondheidswinst, maar bijvoorbeeld ook voor de risico's van een coloscopie. En dan gaat het er ook nog om wanneer en hoe de informatie moet worden aangeboden. Bij de uitnodiging staat het vervolgonderzoek nog heel ver van de genodigde af, maar toch zal hem of haar op dat moment moeten worden verteld wat hem of haar eventueel te wachten staat. Je moet zijn geïnformeerd over het hele traject om te beslissen of je wel of niet mee wilt doen aan een bevolkingsonderzoek."

Nynke van der Veen, RIVM-programmacoördinator bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker: "Van ons zal men niet horen dat men móet deelnemen."

Monique van Wieren, RIVM-programmamedewerker Team invoering bevolkingsonderzoek darmkanker: "Dáár gaat het om bij de toetsing van de endoscopisten: dat iedereen die met dit bevolkingsonderzoek heeft te maken, op dezelfde lijn zit."

BEVOLKINGSONDERZOEK

Kwaliteitseisen coloscopie: kans of crime?

In het najaar van 2013 zal het landelijk bevolkingsonderzoek darmkanker in Nederland van start gaan. Dit betekent dat personen van 55–75 jaar ongevraagd worden uitgenodigd voor deelname en een iFOBT thuisgestuurd krijgen.

Personen met een positieve testuitslag hebben een kans van bijna 50% om een carcinoom of een geavanceerd (groot, villeus of hooggradig dysplastisch) adenoom te hebben. Hen zal daarom worden geadviseerd een coloscopie te ondergaan.[1] Deze voorafkans op belangrijke pathologie is veel groter dan bij de patiënten die wij als MDL-artsen in de dagelijkse praktijk zien. Deze deelnemers aan het bevolkingsonderzoek zullen vaak erg geschrokken zijn van de ongunstige en onverwachte testuitslag, waar ze bovendien niet actief om hebben gevraagd, omdat ze meestal ook geen klachten hebben. Zij moeten op ons kunnen rekenen voor een zorgvuldige omgang met hen als patiënt en natuurlijk op een kwalitatief hoogwaardige scopie.

Risico's coloscopie

Een coloscopie is het beste onderzoek voor het opsporen van darmkanker en poliepen en biedt tevens de mogelijkheid poliepen en vroegcarcinomen meteen in dezelfde procedure te verwijderen. Een coloscopie gaat echter wel gepaard met een aanzienlijke belasting voor de patiënt en een kans op ernstige complicaties. Helaas is de coloscopie ook niet perfect in het opsporen van poliepen en darmkanker. Na een coloscopie heeft de patiënt nog een kleine kans om in de opvolgende jaren toch een carcinoom te krijgen (een 'intervalcarcinoom'). In de aflopen jaren is uit internationaal onderzoek gebleken dat deze kans onder andere is gerelateerd aan de adenoomdetectie*rate* (ADR) van de endoscopist die de coloscopie doet.[2] Uit het zeer vele onderzoek naar de kwaliteit van de coloscopie zijn veel meer interessante en relevante gegevens naar voren gekomen. Zo is gebleken dat de proceduregerelateerde pijn negatief is gecorreleerd met de ADR, oftewel: een goede endoscopist met een hoge ADR veroorzaakt tijdens de scopie minder pijn bij de patiënt.[3] Dat ook het optreden van complicaties afhankelijk is van de ervaring van de endoscopist, laat Canadees onderzoek zien. De kans op bloedingen en perforaties bleek af te nemen met een toename van het aantal jaarlijks uitgevoerde coloscopieën.[4] En ook bleek de tijd die de endoscopist neemt om poliepen op te sporen, gecorreleerd aan het aantal adenomen dat hij vindt.[5]

Kwaliteit scopieën in Nederland

In de huidige praktijk wordt ervan uitgegaan dat de kwaliteit van de Nederlandse endoscopisten goed is. In Engeland bleek voor aanvang van het landelijke bevolkingsonderzoek darmkanker met de guiac-FOBT de realiteit anders, met een coecum-intubatiepercentage van nog geen 80%.[6] Een systematisch opgezet kwaliteits- en accreditatieprogramma heeft daar geresulteerd in een indrukwekkende kwaliteitsverbetering van de coloscopie, zoals recent gepubliceerd in *Gut*.[7] Zolang we in Nederland niet systematisch onze kwaliteit meten, is het niet mogelijk er een uitspraak over te doen. Gezien de huidige internationale literatuur over de relatie tussen kwaliteit van de procedure en de diverse risico's voor de patiënt lijkt het kunnen tonen van je kwaliteit als endoscopist een logische vereiste voor de dagelijkse praktijk. Het is daarbij te verkiezen onszelf als beroepsgroep proactief op te stellen en niet af te wachten tot de verzekeraar of een andere externe instantie zijn eigen kwaliteitscriteria aan ons oplegt. Daarbij zou het voor de scopist prettig kunnen zijn in geval van een complicatie de mogelijkheid te hebben aan te tonen dat dit niet elke maand gebeurt.

Voordelen kwaliteitsregistratie

Alleen al het meten en weten van zijn eigen kwaliteit zal de endoscopist inzicht geven in zijn eigen functioneren in de dagelijkse praktijk en zal daardoor kwaliteitsverhogend werken. Ook zal de mogelijkheid worden geboden nieuwe, aanvullende of opgefriste kennis op te doen tijdens een e-learningmodule en trainingsdag, die vooral ook stimulerend en motiverend bedoeld zijn. Daarnaast zullen zowel de logistieke voorzieningen voor dit landelijke kwaliteitssysteem voor FIT-positieve coloscopieën (zoals het gestandaardiseerde endoscopie- en kwaliteitsverslag) alsook de extra kennis en inzichten ons tevens indirect de mogelijkheid bieden de kwaliteit van alle andere endoscopieën in onze dagelijkse praktijk waar mogelijk te meten en verbeteren.

Mijns inziens biedt de invoering van het landelijke bevolkingsonderzoek darmkanker ons een prachtige aanleiding én mogelijkheid om een goed gefundeerd systeem voor kwaliteitswaarborging van de coloscopie in onze praktijk te verkrijgen.

Evelien Dekker, MDL-arts AMC

Kijk op www.mdl.nl/MAGMA voor de literatuurverwijzingen bij dit artikel.

Endo-Sponge

COLUMN

BART ELSMAN

TYTGATMUSEUM

Vorige week bezochten we het Tytgatmuseum in het Loetschental in Zwitserland, het enige Tytgatmuseum in Europa dat op dit moment voor publiek toegankelijk is.
In overleg met de familie T. heb ik afgesproken de precieze locatie van het museum niet openbaar te maken uit angst voor een te grote belangstelling, met filevorming op de smalle toegangsweg naar het dal. Het museum is ook nog buitengewoon klein en kan maar door maximaal twee personen op hetzelfde moment worden bezocht.
Op het afgesproken tijdstip stond curator K.T. ons op te wachten voor een naast een brandweerkazerne gelegen appartementengebouw. Het museum bevond zich op de begane grond van dit gebouw en kon via de keuken worden bereikt.
In de deuropening was het vertrek van 1,5 bij 2 meter het best te overzien: links in de hoek een driehoekige bureauplank met daarop verspreide artikelen en enkele doosjes met lege diaraampjes. Ademloos bedachten we hoe hier meer dan honderd manuscripten van proefschriften waren gecorrigeerd, en duizenden artikelen, hoofdstukken en presentaties tot stand waren gekomen. Naast een bureaustoel bood het museum nog net ruimte aan een stapelbed. Guido sliep beneden en zijn echtgenote C. moest altijd met een laddertje het bovenste bed trachten te bereiken.
Ik herinnerde me, hoe vele jaren geleden het echtpaar T. met spoed naar Nederland terugreed, omdat C. door een val bij een bergwandeling een enkelfractuur had opgelopen en zij alleen maar door professor Marti geopereerd mocht worden. Bij aankomst in het AMC bleek de operateur echter in Zwitserland te zijn. Professor T. had hevige schouderpijn, omdat hij zijn echtgenote door riviertjes en watervallen heen naar het dal had gedragen. Dit verhaal was toen al ongeloofwaardig, omdat T. altijd alleen maar zat te werken en niet naar buiten kwam. Nu pas bleek, dat C. indertijd uit het stapelbed gevallen was.
We hadden het bijzondere voorrecht de nacht in het museum te mogen doorbrengen.
We hebben prima geslapen. De volgende dag stond de volgende bezoeker, collega Cyriel P., al voor de deur.

Viread

Alle poliepen naar de patholoog

Alle poliepen uit de darmkanker-screening moeten naar de patholoog, geen ontkomen aan! Niet insturen van materiaal leidt tot *missing data* en frustreert daarmee de kwaliteitsborging van de darmkanker-screening. Een bevolkingsonderzoek waaraan we met z'n allen juist zo hard aan hebben getrokken.

Met de start in september 2013 van de darmkankerscreening gaan we niet over één nacht ijs. In 2005 was er een *consensus development meeting* in Zwolle, in de jaren daarna de proefbevolkingsonderzoeken in Nijmegen, Amsterdam en Rotterdam. In 2009 verscheen het advies van de Gezondheidsraad en in 2011 het rapport over de Uitvoeringstoets. Dit tekent de zorgvuldigheid waarmee het bevolkingsonderzoek naar darmkanker wordt voorbereid, een zorgvuldigheid die zeker ook het Centrum voor Bevolkingsonderzoek van RIVM – dat de invoering van dit bevolkingsonderzoek coördineert – tentoonspreidt.

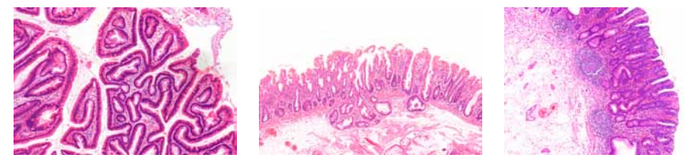
Kwaliteitsborging

Waarom moet het allemaal zo ingewikkeld? Het antwoord is simpel: *all screening programs do harm, some do good as well*. We zijn er met z'n allen (mag ik hopen) van overtuigd dat darmkankerscreening in die laatste categorie valt, maar we zullen het wél moeten laten zien. Natuurlijk moet het effect van screening blijken uit een lagere sterfte aan darmkanker, maar dat is pas over vele jaren meetbaar. We zullen het dus voor de kwaliteitsborging moeten doen met *intermediate endpoints*: de laesies die bij coloscopie na positieve FIT worden verwijderd. De gouden standaard voor classificatie van deze laesies is histopathologie, endoscopische classificaties zijn hiervoor geen adequaat substituut. Die gouden standaard kan misschien nog beter, maar dat zal eerder een moleculaire classificatie zijn dan een endoscopische, en ook daarvoor moeten de laesies worden ingezonden.
Om het effect van de screening aan de hand van *intermediate endpoints* te kunnen meten, is het belangrijk dat *alle* verwijderde laesies worden ingestuurd, zodat we niet een selectiebias introduceren.
Voor sommige MDL-artsen betekent dit misschien een andere manier van werken, maar diagnostiek in het kader van een bevolkingsonderzoek is nu eenmaal anders dan in de klinische setting. Het draait primair om het effect op populatieniveau en dat effect moet dus ook op populatieniveau worden geëvalueerd. Daarvoor zijn alle data van die populatie nodig. Het niet insturen van materiaal naar de patholoog leidt tot *missing data* en frustreert de kwaliteitsborging van het bevolkingsonderzoek waaraan we met z'n allen juist zo hard aan hebben getrokken.

Kwaliteit en innovatie

Er zijn ook nog additionele argumenten om alle laesies in te sturen. In de eerste plaats lijkt het opvangen en inzenden van poliepen door MDL-artsen mij een kleine moeite in vergelijking met de darmvoorbereiding die de patiënt moet ondergaan. Bovendien is de *adenoma detection rate* een kwaliteitsindicator die wordt gebaseerd op de pathologiediagnose; minder laesies inzenden naar de patholoog betekent automatisch een lagere ADR. Daarnaast heeft de Gezondheidsraad in haar advies aangegeven dat het bevolkingsonderzoek zó moet worden ingericht dat innovatie van de screening zo veel mogelijk wordt gefaciliteerd. Voor onderzoek naar nieuwe testen vormen de gestructureerde endoscopie- en pathologiegegevens in de landelijke database in combinatie met de weefselblokken in pathologiearchieven een bron van onschatbare waarde voor dit onderzoek.
Het is misschien dus even wennen, maar er is geen ontkomen aan: alle verwijderde laesies in het kader van het bevolkingsonderzoek darmkanker zullen moeten worden ingezonden.

Gerrit Meijer: "Diagnostiek in het kader van een bevolkingsonderzoek draait primair om het effect op populatieniveau en dat effect moet dus ook op populatieniveau worden geëvalueerd."



Gerrit A. Meijer
Hoogleraar pathologie
Hoofd afdeling Pathologie VUmc

Humira 2

OVERZICHT VAN DE BELANGRIJKSTE DOCUMENTEN EN WEBSITES MET ACTUELE INFORMATIE

Zó blijft u geïnformeerd

Rapport Gezondheidsraad 17 november 2009

http://www.gezondheidsraad.nl/nl/adviezen/bevolkingsonderzoek-naar-darmkanker
Aan de basis staat het rapport van de Gezondheidsraad uit 2009. Hierin wordt een positief advies gegeven aan de toenmalige minister van VWS over de uitvoering van de darmkankerscreening. In dit rapport wordt uitgebreid ingegaan op de achtergronden, de stand van zaken in andere landen, de diverse methoden van screening, de gezondheidswinst en wordt aan de hand van uitgebreid literatuuronderzoek een advies gegeven over de organisatie zoals deze in Nederland zou moeten worden uitgevoerd.

Antwoord minister van VWS 16 februari 2010

http://www.rijksoverheid.nl/bestanden/documenten-en-publicaties/kamerstukken/2010/02/16/standpunt-darmkankerscreening/pg-2984840.pdf
Naar aanleiding van dit advies heeft de minister een positief advies gegeven en het RIVM de opdracht gegeven een uitvoeringstoets op te stellen.

Rapport uitvoeringstoets RIVM 8 maart 2011

http://www.rivm.nl/Bibliotheek/Wetenschappelijk/Rapporten/2011/juni/Uitvoeringstoets_bevolkingsonderzoek_naar_darmkanker_Opsporing_van_darmkanker_in_praktijk_gebracht
Het RIVM heeft een werkgroep samengesteld, waarin alle betrokken partijen zitting hadden. De overheid, verzekeraars, medische beroepsgroepen en patiëntenverenigingen hebben meegewerkt aan de Uitvoeringstoets. Volgens dit rapport zal bij de voorgestelde screeningsmethodiek en invoeringswijze tijdelijk een capaciteitstekort ontstaan, maar kan de screening uiteindelijk door de bestaande centra worden geabsorbeerd.

Advies darmkankerscreening in Nederland: implementatie

Op verzoek van de NVMDL is een commissie aan het werk gezet, onder leiding van ondergetekende, om een inventarisatie te maken van de capaciteit en niveau van kwaliteit in Nederland op het gebied van endoscopieën en de centra waar deze zouden kunnen worden uitgevoerd. Dit rapport is op te vragen via de NVMDL (**secretariaat@mdl.nl**).

Capaciteit: vul de enquête in!

Over de capaciteit en vooral de ‘restcapaciteit’ is weinig bekend. In Amsterdam (VUmc) en in Rotterdam (Erasmus MC) is onderzoek gedaan naar aspecten hiervan. Diverse proefschriften zijn verschenen die ons beter inzicht geven. Gezien het tijdelijke karakter van deze ‘overvraag’ en de gefaseerde invoering van de screening lijkt het goed mogelijk deze te realiseren met de huidige endoscopiefaciliteiten. Maar toch weten wij niet hoeveel coloscopieën er door de ongeveer 100 endoscopiecentra in Nederland kunnen worden geabsorbeerd. Op verzoek van de NVMDL voert het VUmc nu een enquête uit om meer inzicht te krijgen. Ik hoop dat alle betrokken centra deze enquête snel en volledig zullen invullen. Daarnaast kwam naar voren, dat er nog veel geregeld moet worden op het gebied van protocollering en auditing alvorens te starten met de screening. Richtlijnen en protocollen moeten worden gereviseerd en opgesteld.

Protocol toelating en auditing coloscopiecentra en endoscopisten

www.bevolkingsonderzoekdarmkanker.nl/professionals
Dit protocol is het eindresultaat van de RIVM-werkgroep Kwaliteit en capaciteit. Hierin worden zowel de toelatingseisen als de auditeisen gesteld waaraan centra en endoscopisten moeten voldoen. Daarnaast is een brochure beschikbaar met een samenvatting.
Via deze site kan men ook aanklikken op de voorlichtingsavonden die per regio worden gehouden. Hierbij kan men zich aanmelden voor deze avonden en tevens een afspraak maken met de regiocoördinator.

Nieuwsbrieven RIVM

www.bevolkingsonderzoeknaarkanker.nl
www.bevolkingsonderzoekdarmkanker.nl
Het RIVM geeft periodiek een nieuwsbrief uit, die is te vinden via bovenstaande websites.

Michiel van Haastert, Voorzitter Commissie Implementatie CRC-screening

U vindt dit artikel ook op www.mdl.nl/MAGMA. Vandaaruit kunt u direct doorklikken naar de gewenste informatie.

Pentax

TECHNIEK

FECALE INCONTINENTIE

Lange wachttijden voor sacrale zenuwstimulatie

Cor Baeten verricht baanbrekend werk voor de behandeling van fecale incontinentie. De hoogleraar Colorectale Chirurgie in het Academisch Medisch Centrum Maastricht betreurt het feit dat de relatief nieuwe en effectieve techniek van sacrale zenuwstimulatie slechts op twee plaatsen in Nederland wordt toegepast. Dat leidt tot lange wachttijden.

Cor Baeten is sinds dit voorjaar Ridder in de Orde van de Nederlandse Leeuw. Het persbericht van het AZM bij de uitreiking van de onderscheiding meldde, dat hij “als eerste ter wereld een kunstanus heeft gemaakt met behulp van een spier uit het bovenbeen.” Met deze techniek – de dynamische gracilisplastiek – heeft hij “nationaal en internationaal grote bekendheid verworven.
Hij wordt wereldwijd gezien als dé expert op dit gebied.” Volgens hetzelfde bericht behaalt hij op dit moment ‘indrukwekkende resultaten’ met de zogenoemde ‘sacrale zenuwstimulatie’.

Dynamische gracilisplastiek

Baeten ontwikkelde de dynamische gracilisplastiek begin jaren negentig van de vorige eeuw. De techniek bood een alternatief ingeval conservatieve behandelingen met dieetmaatregelen, medicijnen en biofeedbacktherapie niet het gewenste effect hadden. “Bij de gracilisplastiek maken we gebruik van een spier uit het bovenbeen, de gracilis, die een tot nu toe onbekende functie heeft”, aldus Baeten. “De gracilis kunnen we mooi om de anus leiden. Maar de spier kan alleen fors en kortdurend aanspannen en dus niet zonder meer als sluitspier fungeren. Daarom plaatsen we een neurostimulator. Deze bestaat uit twee delen. Het ene deel implanteren we onder de huid. Het andere is een afstandsbediening buiten het lichaam waarmee de patiënt de stimulatie kan aanzetten of uitzetten (om te ontlasten).”

De dynamische gracilisplastiek leidt niet in alle gevallen tot een positief resultaat. Bij circa dertig procent van de patiënten veroorzaakt de ingreep problemen. Zij krijgen last van infecties of ernstige constipatie. Baeten: “In zulke gevallen moeten we de pacemaker weer verwijderen. De patiënt rest dan niets anders dan te leren leven met het grote ongemak of een stoma te accepteren. In die gevallen kan vaak sacrale neurostimulatie soelaas bieden.” Gezien deze ervaringen wordt gracilisplastiek nog maar weinig toegepast en dan uitsluitend voor patiënten met grote sfinxterdefecten.

Sacrale zenuwstimulatie

De SNS-techniek is oorspronkelijk ontwikkeld door urologen met belangstelling voor stimulatietechnieken. Vanaf 1994 werd de techniek steeds vaker toegepast voor de behandeling van fecale incontinentie, eerst in Duitsland. Cor Baeten gebruikt de techniek sinds het jaar 2000. Ook het Erasmus MC (Ruud Schouten en Muriel Darby) voert de operatie sindsdien, op beperktere schaal, uit.

Fecale incontinentie is voor patiënten een moeilijke aandoening

Bij sacrale zenuwstimulatie (SNS) krijgen patiënten een pacemaker in de bil geïmplanteerd. Via een bestaand gaatje in het sacrum prikkelt een elektrode de zenuwbanen die leiden naar blaas, endeldarm en bekkenbodem. Voordeel van SNS ten opzichte van de gracilisplastiek is de grote simpelheid en het weinig vóórkomen van complicaties. In Nederland worden nu jaarlijks ongeveer vijftig SNS-ingrepen toegepast. Daarvoor bestaat een lange wachttijd van gemiddeld drie maanden, als gevolg van het tekort aan operatietijd in alle academische ziekenhuizen.

Baeten: “Fecale incontinentie is voor patiënten een moeilijke aandoening waarop ook een taboe rust. Ze raken volledig geïsoleerd en durven nauwelijks nog de deur uit. De verzekeringsmaatschappijen staan achter de SNS-behandeling en vergoeden deze ook. Het is wel van belang dat de ingreep voorbehouden blijft aan de ernstigste gevallen. Patiënten moeten deze behandeling pas krijgen als is gebleken dat conservatieve maatregelen niet helpen.”

PicoPREP

OPLEIDING

Geen ego's maar teamspelers

In de opleiding tot MDL-arts wordt de nadruk gelegd op het verwerven van inhoudelijke kennis. Bij de praktische uitoefening van ons vak zijn communicatie en het tonen van leidinggevende kwaliteiten essentieel. AIOS-MDL en medisch specialisten oefenen hun leiderschap grotendeels operationeel uit. Bij endoscopieprocedures bijvoorbeeld sturen zij direct aan en organiseren/superviseren zij de dagelijkse werkzaamheden van medewerkers.
Uit gesprekken met onze AIOS bleek dat bij hun opleiding nooit expliciet aandacht aan leidinggeven wordt besteed. Formeel maakt het verwerven van leiderschapscapaciteiten geen deel uit van het opleidingscurriculum. AIOS vinden het echter wel belangrijk: in hun volgende baan moeten ze op de werkvloer immers direct leidinggeven.
Als Nijmeegse opleiders zijn we in dit gat gesprongen en bieden we onze AIOS een cursus over operationeel leidinggeven aan. Uniek is, dat deze cursus is ontwikkeld door de bedrijfsleider van onze afdeling MDL met als uitgangspunt de wensen van AIOS MDL.
De cursisten krijgen een assessment waarin hun sterke kanten maar ook verbeterpunten duidelijk worden. Het testresultaat wordt met de AIOS besproken, zodat ze inzicht krijgen in hun eigen functioneren. Hierdoor kan de AIOS effectiever optreden. Ook worden ze bijgeschoold volgens de principes van *crew resource management*, waarbij veel aandacht is voor werken en beslissen binnen een team. Als ze deze principes volgen, kunnen AIOS sneller corrigerend optreden, waardoor het aantal fouten afneemt. Voor een vak met zo veel invasieve procedures niet onbelangrijk!
De eerste cursus is met veel enthousiasme ontvangen. Wij hopen dat wij als afdeling MDL van het UMC St. Radboud op deze wijze MDL-artsen opleiden tot zelfbewuste teamspelers.

Jessica Vogel, bedrijfsleider
Mariëtte C.A. van Kouwen, MDL-arts, plaatsvervangend opleider
Joost P.H. Drenth, MDL-arts, opleider
Radboud Universitair Medisch Centrum

OPROEP

Conservatieve behandeling of electieve resectie bij diverticulitis

Kent u de patiënt op de poli met diverticulitis, de frequente bezoeker met recidiverende en/of lang aanhoudende klachten? Conservatief doorbehandelen of naar de chirurg? De ideale patiënt voor de DIRECT-trial!

Een aanzienlijk deel (± 50%) van de patiënten met diverticulitis behoudt klachten na een doorgemaakte, conservatief behandelde episode. Ook ontwikkelt 20% van de patiënten binnen een korte periode meerdere recidieven en zijn zij tussen de recidieven ook niet klachtenvrij. Persisterende klachten en frequente recidieven verminderen de kwaliteit van leven van de patiënt en leiden tot een kostenpost in de zorg van alleen al in Nederland € 40–80 miljoen per jaar. Een electieve resectie van het aangedane colonsegment geeft vermindering van persisterende klachten en verkleint de kans op een recidief. Daartegenover staat dat patiënten risico lopen per- en postoperatieve complicaties te ontwikkelen. Met conservatieve therapie kan een operatie worden vermeden.
Beide behandelingsopties hebben dus duidelijke voor- en nadelen.
Middels een gerandomiseerde klinische trial (gestart in 2010) onderzoeken wij primair welke van de twee behandelingsmogelijkheden bij patiënten met persisterende buikklachten en/of frequente recidieven na een conservatief behandelde diverticulitis – conservatieve therapie of electieve resectie van het aangedane colonsegment – leidt tot een betere kwaliteit van leven. De secundaire eindpunten zijn morbiditeit, mortaliteit en totale kosten.

Oproep DIRECT-trial

Momenteel zijn landelijk 27 centra aangesloten en hebben wij 50 patiënten geïncludeerd in de DIRECT-trial. Het is echter een lastig te definiëren patiëntengroep en het moment van verwijzing is cruciaal. Wij willen u dan ook vragen aan ons te denken op de poli! Ga voor meer informatie naar **www.direct-trial.nl** of stel uw vraag aan Marguerite Stam, studiecoördinator, per mail: **maw.stam@meandermc.nl** of telefoon: (033) 850 1181. U kunt dag én nacht contact met ons opnemen.

Marguerite Stam,
Hoofdonderzoeker DIRECT-trial

Inclusiecriteria

- 18–75 jaar
- Persisterende klachten en/of frequente recidieven na een **geobjectiveerde episode diverticulitis**.

Persisterende klachten

- Persisterende pijnklachten in linker onderbuik en/of wisselend defecatiepatroon en/of bloedverlies
- Symptomen > 3 maanden
- Afwijkingen darmwand bij recent radiologisch-endoscopisch onderzoek.

Frequente recidieven

- ≥ 3 episoden diverticulitis binnen 2 jaar
- Interval > 3 maanden.

Remicade

OPROEP

Vroege chirurgie versus stapsgewijze behandeling voor chronische pancreatitis

De Pancreatitis Werkgroep Nederland (PWN) is recent gestart met een gerandomiseerd onderzoek bij patiënten met chronische pancreatitis om de effectiviteit van vroege chirurgische interventie te vergelijken met die van de huidige stapsgewijze – analgetica, endoscopie, operatie – behandeling. Ofwel: de ESCAPE-trial, *Early Surgery versus optimal Current step-up Approach for chronic PancrEatitis* (ISRCTN45877994).

De moeilijkst te behandelen klacht bij patiënten met chronische pancreatitis (CP) is ernstige, invaliderende pijn.[1–2] De huidige behandeling bestaat uit een stapsgewijs beleid: eerst wordt met medicamenteuze therapie getracht de pijn te verlichten; bij onvoldoende behandelrespons wordt overgegaan tot endoscopische interventie.[3–4] Chirurgische behandeling is de laatste stap, wanneer andere behandelingen hebben gefaald. Diverse, niet-gerandomiseerde, studies suggereren dat in een vroeg stadium opereren voordelig is, zowel voor de behandeling van pijn als voor het behoud van de pancreasfunctie.[5–13]

De incidentie van chronische pancreatitis is laag en het is voor de representativiteit van de studie van groot belang zo min mogelijk patiënten voor de studie verloren te doen gaan.
Het succes van ESCAPE hangt af van de bereidheid van alle betrokken specialisten om deze patiënten in een vroeg stadium aan te melden, dat wil zeggen: vóórdat wordt overgegaan op opioïden of endoscopische behandeling.
De studie is mogelijk door subsidies van ZonMw en de Maag Lever Darm Stichting.

Oproep ESCAPE-trial

Wij vragen u alle patiënten met chronische pancreatitis in een vroeg stadium aan te melden bij de PWN via www.pancreatitis.nl.
Pancreatitis Werkgroep Nederland

Kijk op www.mdl.nl/MAGMA voor de literatuurverwijzingen en de leden van de Pancreatitis Werkgroep Nederland.

Verkorte productinformatie Humira® (juli 2012). **Naam en samenstelling:** Humira® 40 mg oplossing voor injectie in voorgevulde spuit / in voorgevulde pen. Elke voorgevulde spuit of voorgevulde pen van 0,8 ml bevat een enkele dosis van 40 mg adalimumab. **Indicaties Reumatische Artritis** Humira® is in combinatie met methotrexaat (of als monotherapie in geval van intolerantie voor methotrexaat of wanneer voortgezette behandeling met methotrexaat ongewenst is) bestemd voor de behandeling van volwassen patiënten met matige tot ernstige, actieve reumatische artritis, wanneer de respons op antireumatische geneesmiddelen, waaronder methotrexaat, ontoereikend is gebleken en voor de behandeling van volwassenen patiënten met ernstige, actieve en progressieve reumatische artritis die niet eerder behandeld zijn met methotrexaat. **Polyarticulaire juveniele idiopathische artritis** Humira® is in combinatie met methotrexaat (of als monotherapie in geval van intolerantie voor methotrexaat of wanneer voortgezette behandeling met methotrexaat ongewenst is) bestemd voor de behandeling van actieve polyarticulaire juveniele idiopathische artritis, bij kinderen en adolescenten in de leeftijd van 4 tot en met 17 jaar die een ontoereikende respons hebben gehad op één of meerdere antireumatische middelen. Het gebruik van Humira® is niet onderzocht bij kinderen jonger dan 4 jaar. **Axiale spondyloartritis: (i) Spondylitis ankylopoetica (AS)** Humira® is ook geregistreerd voor de behandeling van ernstige actieve spondylitis ankylopoetica bij volwassenen die onvoldoende gereagerd hebben op conventionele therapie. **(ii) Axiale spondyloartritis zonder röntgenologisch bewijs van AS** Humira® is bestemd voor de behandeling van volwassenen met ernstige axiale spondyloartritis zonder röntgenologisch bewijs van AS, maar met objectieve tekenen van ontsteking door verhoogde CRP en/of MRI, die een inadequate respons hebben gehad op, of de intolerant zijn voor, non-steroïde anti-inflammatoire geneesmiddelen (NSAIDs). **Artritis psoriatica** Humira® is tevens geregistreerd voor de behandeling van actieve en progressieve artritis psoriatica bij volwassen patiënten wanneer de respons op eerdere therapie met antireumatische geneesmiddelen ontoereikend is gebleken. Het is aangetoond dat Humira® de mate van progressie van perifere gewrichtsschade remt zoals gemeten door middel van röntgenonderzoek bij patiënten met het polyarticulaire reumatoïde artritis subtype en de aandoening en dat Humira® het lichamelijk functioneren verbetert. **Psoriasis** Humira® is tevens geregistreerd voor de behandeling van matige tot ernstige chronische plaque psoriasis bij volwassen patiënten met onvoldoende respons op, of een contra-indicatie of een intolerantie voor andere systemische therapie waaronder ciclosporine, methotrexaat of PUVA. **Crohn ziekte Ernstige Crohn** Ziekenhuis is Humira® geregistreerd voor de behandeling van ernstige, actieve zeer ernstige Crohn, bij patiënten die niet gereageerd hebben op een volledige en adequate behandeling met corticosteroïden en/of immunosuppressiva of die intolerant zijn voor of een contra-indicatie hebben voor deze behandelingen en/of die niet hierbeen een contra-indicatie bestaat. **Colitis ulcerosa** Humira is ook geregistreerd voor de behandeling van matig tot ernstig actieve colitis ulcerosa bij volwassen patiënten die een ontoereikende respons hebben gehad op conventionele therapie, waaronder corticosteroïden en 6-mercaptopurine (6-MP) of azathioprine (AZA), of die dergelijke behandelingen niet verdragen of bij wie hiertegen een contra-indicatie bestaat. **Contra-indicaties** Overgevoeligheid voor het werkzame bestanddeel of voor één van de hulpstoffen. Actieve tuberculose of andere ernstige infecties zoals sepsis en andere opportunistische infecties. Matig tot ernstig hartfalen (NYHA klasse III/IV). **Waarschuwingen:** Patiënten moeten voorzichtig worden gecontroleerd op infecties, waaronder zowel actieve als latente tuberculose, voor, tijdens en gedurende 4 maanden na de behandeling met Humira® omdat patiënten die TNF-antagonisten gebruiken vatbaarder zijn voor ernstige infecties. Een verminderde longfunctie kan het risico op het ontwikkelen van infecties vergroten. De behandeling met Humira® mag niet worden geïnitieerd bij patiënten met actieve infecties, waaronder chronische of gelokaliseerde infecties, tot deze infecties onder controle zijn gebracht. Bij patiënten die zijn blootgesteld aan tuberculose en patiënten die hebben gereisd in gebieden met een hoog risico op tuberculose of endemische mycosen dienen het risico en de voordelen van de behandeling met Humira® te worden afgewogen voordat de therapie wordt gestart. Voorzichtigheid is geboden bij recidiverende infecties of predispositie voor infecties. Bij optreden van een nieuwe ernstige infectie of sepsis tijdens de behandeling, dient toediening van Humira® te worden stopgezet en een geschikte therapie te worden geïnitieerd tot de infectie onder controle is. Bij patiënten die werden behandeld met Humira® zijn ernstige infecties gerapporteerd, waaronder sepsis, pneumonie, pyelonefritis en septische artritis. In geval van vermoede latente tuberculose dient een arts met expertise op dit gebied te worden geraadpleegd. In geval van (vermoede) latente tuberculose moeten voordelen en risico's van de behandeling met Humira® zorgvuldig tegen elkaar worden afgewogen. Bij latente tuberculose dient antituberculeuze behandeling te worden gestart voor de start van de Humirabehandeling. In geval van belangrijke en/of meerdere risicofactoren voor latente tuberculose, maar een negatieve test ervoor, dient antituberculeuze profylaxe behandeling ook overwogen te worden; dit geldt ook voor patiënten bij wie niet zeker is of ze adequaat zijn behandeld voor een eerder geconstateerde latente of actieve tuberculose-infectie. Ondanks tuberculose profylaxe behandeling, zijn er gevallen van geraatcteverde tuberculose gewoest onder patiënten die met Humira® werden behandeld. Bij sommige patiënten die met succes waren behandeld voor actieve tuberculose, trad tuberculose opnieuw op tijdens behandeling met Humira®. Patiënten dienen het advies te krijgen een arts te raadplegen als tijdens of na de behandeling met Humira® tekenen/symptomen optreden die wijzen op een tuberculose-infectie. Opportunistische infecties zijn waargenomen bij patiënten die werden behandeld met Humira®. Patiënten die symptomen ontwikkelen zoals koorts, malaise, gewichtsverlies, zweten, hoesten, dyspnoe, en/of pulmonaire infiltraten of andere ernstige systemische ziekte dienen verdacht te worden van een invasieve schimmelinfectie en de toediening van Humira® dient onmiddellijk te worden gestaakt. Bij deze patiënten dient de diagnose te worden gesteld en toediening van een adequate antischimmeltherapie te worden gestart in overleg met een arts met expertise op het gebied van de zorg voor patiënten met systemische schimmelinfecties. Patiënten dienen getest te worden op hepatitis B-infectie voor aanvang van de behandeling met Humira®. Voor patiënten die positief voor een hepatitis B-infectie worden getest, wordt consultatie met een arts met ervaring met de behandeling van hepatitis B aanbevolen. Dragers van het hepatitis B virus dienen zorgvuldig te worden gemonitord op symptomen van actieve infectie met het hepatitis B virus gedurende de behandeling en gedurende verschillende maanden na beëindiging van de behandeling. Bij reactivering van hepatitis B, dient Humira® te worden gestopt en dient effectieve antiviralle therapie met geschikte ondersteunende behandeling te worden gestart. Voorzichtigheid dient in acht genomen te worden bij het gebruik van Humira® bij patiënten met bestaande of recent opgetreden demyelinisserende aandoeningen van het centrale of perifere zenuwstelsel. Als er een anafylactische reactie of andere ernstige bijwerking optreedt, dient de toediening van Humira® onmiddellijk te worden gestaakt. Met de huidige kennis kan een mogelijk risico op de ontwikkeling van lymfomen, leukemie en andere malignieiten bij patiënten die behandeld worden met TNF-antagonisten niet worden uitgesloten. Maligniteiten, waarvan sommige fataal, zijn in postmarketingverband gemeld bij kinderen, adolescenten en jongvolwassenen (tot 22 jaar) die werden behandeld met TNF antagonisten en bij wie de start van de behandeling bij een leeftijd ≤ 18 jaar was. Ongeveer de helft van de gevallen betrof lymfomen. Een risico op het ontwikkelen van maligniteiten bij kinderen en adolescenten die behandeld worden met TNF-antagonisten kan niet worden uitgesloten. Na het in de handel brengen zijn er zeldzame postmarketing gevallen vastgesteld van hepatosplenisch T-cellymfoom bij patiënten die behandeld werden met Humira®, enkele van deze gevallen deden zich voor bij jonge volwassen patiënten die voor inflammatoire darmziekte gelijktijdig behandeld werden met azathioprine of 6-mercaptopurine. Het mogelijke risico van de combinatie van azathioprine of 6-mercaptopurine en Humira moet zorgvuldig worden overwogen. Voorzichtigheid is geboden bij de overweging om patiënten met een achtergrond van maligniteiten met Humira® te behandelen en bij het voorschrijven van TNF-antagonisten aan COPD patiënten en zwaar rokende patiënten. Alle patiënten dienen voor en tijdens de behandeling te worden onderzocht op niet-melanoom huidkanker. Het is niet bekend of behandeling met adalimumab het risico op de ontwikkeling van dysplasie of colonkanker beïnvloedt. Alle patiënten met rectitis ulcerosa die een verhoogd risico of een voorgeschiedenis van dysplasie of colorcarcinoom hebben, dienen voorafgaand aan en gedurende de behandeling met regelmaat te worden onderzocht op dysplasie overeenkomstig de lokale richtlijnen. Patiënten die Humira® gebruiken dient geadviseerd te worden omrindelijk medisch advies te vragen indien zij symptomen ontwikkelen die duiden op bloedcyanosie. Stopzetten van het gebruik van Humira® dient overwogen te worden bij patiënten met bewezen significante hematologische afwijkingen. Patiënten die Humira® gebruiken kunnen gelijktijdig vaccinaties toegediend krijgen, met uitzondering van levende vaccins. Toediening van levende vaccins aan zuigelingen die in utero aan adalimumab zijn blootgesteld, wordt niet aanbevolen gedurende 5 maanden na de laatste adalimumabinjectie van de moeder tijdens de zwangerschap. Bij polyarticulaire juveniele idiopathische artritis indien mogelijk vóór starten van Humira® benodigde vaccinaties toedienen. Bij het gebruik van Humira® bij patiënten met matig hartfalen (NYHA klasse III) is voorzichtigheid geboden; bij nieuwe of verergerende symptomen van congestief hartfalen dient de behandeling met Humira® te worden gestaakt. Als een patiënt na behandeling met Humira® symptomen ontwikkelt die wijzen op een lupusachtig syndroom en als deze patiënt positief bevonden wordt voor antilichamen tegen subdeltetrage DNA, mag de behandeling met Humira® niet langer gegeven worden. De combinatie van Humira® met andere biologische DMRD's (bijv. anakinra en abatacept) of andere TNF-antagonisten wordt niet aanbevolen. Er dient rekening gehouden te worden met de halfwaardetijd van adalimumab (± 14 dagen) als een chirurgische ingreep gepland wordt. Een patiënt die een operatie ondergaat terwijl hij of zij nog Humira® gebruikt moet zorgvuldig worden gecontroleerd op infecties en geschikte acties dienen ondernomen te worden. Bijzonder aandacht voor het risico op infecties is geboden bij ouderen omdat de frequentie van ernstige infecties, waarvan enkele fataal, bij patiënten ouder dan 65 jaar hoger lijkt te zijn. **Bijwerkingen** Zeer vaak (≥1/10 komen voor) urineweginfecties (waaronder lagere en hogere luchtwegeinfecties, pneumonie, bronchitis, sinusitis en faryngitis), leukopenie (waaronder leukocytenaantal verlagend, neutropenie en anemie), reactie op de injectieplaats (waaronder erytheem, jeuk, bloeding, pijn of zwelling). Vaak (≥1/100, <1/10) komen voor: systemische infecties (waaronder sepsis, candidiasis en influenza), intestinale infecties (waaronder virale gastro-enteritis), huid- en onderhuidinfecties (waaronder paronychia, cellulitis, impetigo, fasciitis necroticans en herpes zoster), oorontstekingen, orale infecties (waaronder herpes simplex, orale herpes en tandinfecties), geniteinfecties (waaronder vulvovaginitis en schimmelinfecties), urineweginfecties (waaronder pyelonefritis), schimmelinfecties, huidkanker niet uitzonderingen van melanoom (waaronder basaalcelcarcinoom en epithelioelcelcarcinoom), benigne neoplasma, leukocytose, trombocytopenie, hypersensitiviteit, allergieën (waaronder hoeikoortsi), hypokaliëmie, verhoogd uriezuur, afwijkend bloedrastrum, hypocalciëmie, hyperglykemie, hypocholesterolemie, dehydratie, stemmingsweisselingen (waaronder depressie), angst, slapeloosheid, paresthesieën (waaronder hypoesthesie), migraine, zenuwwortelcompressie, visuastoornis, conjunctivitis, blefaritis, zwelling van het oog, draaiduizeligheid, tachycardie, hypertensie, blozen, hematoom, astma, dyspnoe, hoesten, maagdarmbloeding, dyspepsie, reflauxoesophagitis, sicca-syndroom, verergering of het ontstaan van psoriasis (inclusief psoriasis pustulosa palmoplantaris), urticaria, blauwe plekken (waaronder purpura), dermatitis (waaronder eczeem), breken van de nagels, overmatig zweten, alopecia, pruritus, spierpasmen (waaronder verhoging van de hoeveelheid creatinefosfokinase in het bloed), nierfunctiestoornissen, hematurie, pijn op de borst, oedeem, koorts, stoornissen bloedingsstoornissen (waaronder verlengde geactiveerde partiële tromboplastinetijd), positieve test op autoantilichamen (waaronder antilichamen tegen dubbelstrengs DNA), verhoogd lactaatdehydrogenase in het bloed, verbraagd herstel. Soms (≥1/1000, <1/100) komen voor: neurologische infecties (waaronder virale meningitis), opportunistische infecties en tuberculose (waaronder coccidioidomycose, histoplasmose en MAC-infectie (mycobacterium avium complex), bacteriële infecties, oogintfecties, diverticulitis, lymfoom, solide tumoren (waaronder borstkanker, longkanker en schildklierkanker), melanoom, idiopathische trombocytopenische purpura, sarcoïdose, cerebrovasculair accident, tremor, neuropathie, dubbel zien, doofheid, tinnitus, myocarditinfarct, aritmieën, congestief hartfalen, aneurysma aortae, bloedvatafsluiting, tromboflebitis, longembolie, interstitiële longaandoeningen, COPD (chronic obstructive pulmonary disease), pneumonitis, pleuraire effusie, pancreatitis, slikklachten, zwelling van het gezicht, cholecystitis, cholelithiase, hepatische steatose, verhoogd bilirubine, nachtzweten, litteken, rhabdomyolyse, systemische lupus erythematosus, nycturie, erectiestoornissen, ontsteking. Zelden (≥1/10.000, <1/1000) komen voor: leukemie, pancytopenie, anafylaxie, multiple sclerose, demyelinisserende aandoeningen (bijv. optische neuritis, Guillain-Barrésyndroom), hartstilstand, pulmonale fibrose, intestinale perforatie, reactivatie van hepatitis B, auto-immuun hepatitis, erythema multiforme, Stevens-Johnson-syndroom, angio-oedeem, cutane vasculitis, lupus-achtig syndroom. Additionele bijwerkingen waarvan de frequentie onbekend is: hepatosplenisch T-cellymfoom. Ze voor volledige productinformatie de goedgekeurde SmPC. **Farmacotherapeutische groep:** selectieve immunosuppressiva. **Afleverstatus:** U.R. **Registratienummers:** EU/1/03/256/002-5, EU/1/03/256/007-10 **Vergoeding:** Humira® valt onder de medisch specialistische zorg. Er is aanspraak op vergoeding indien Humira® voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk. Bij het criterium van deze maatstaf is er aanspraak op vergoeding indien Humira® in de betrokken beroepsgroep gelijt als verantwoorde en adequate zorg. **Registratiehouder:** Abbott Laboratories Ltd. Abbott House, Vanwall Business Park, Vanwall Road, Maidenhead, Berkshire SL6 4XE, Verenigd Koninkrijk. Neem voor vragen contact op met de lokale vertegenwoordiger van de registratiehouder: Abbott B.V., Wegalaan 9, 2132 JD Hoofddorp. Telefoonnummer: 088 - 82 22 688.

Verkorte SPC MOVIPREP® / MOVIPREP® Orange
Naam van het geneesmiddel MOVIPREP®, poeder voor drank; MOVIPREP® Orange, poeder voor drank. **Registratiehouder** Norgine BV, Hogehilweg 7, Amsterdam **Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling** De bestanddelen van MOVIPREP®/MOVIPREP® Orange zitten in twee aparte sachets. **Sachet A** bevat de volgende actieve bestanddelen: Macrogol 3350 100 g, Watervrij natriumsulfaat 7,500 g, Natriumchloride 2,691 g, Kaliumchloride 1,015 g. **Sachet B** bevat de volgende actieve bestanddelen: Ascorbinezuur 4,700g, Natriumascorbaat 5,900g. De concentratie van de elektrolyten, als beide sachets bereid zijn tot een oplossing, is de volgende: Natrium 181,6 mmol/l (waarvan niet meer dan 56,2 mmol absorbeerbaar is), Sulfaat 52,8 mmol/l, Chloride 59,8 mmol/l, Kalium 14,2 mmol/l, Ascorbaat 29,8 mmol/l. MOVIPREP® bevat 0,233 g aspartaam per sachet A; MOVIPREP® Orange bevat 0,175 g aspartaam en 0,120 g dextrose per sachet A. **Farmacotherapeutische groep** Osmotisch laxans voor colonlavage **Farmaceutische vorm** Poeder voor drank. **Therapeutische indicaties** Voor reiniging van de darm voor alle klinische procedures die een ontbrande darm vereisen, bijvoorbeeld darmendoscopie of radiologie. **Contra-indicaties** Niet gebruiken bij patiënten met bekende of vermoede: gastro-intestinale obstructie of perforatie, problemen bij maaglediging (bijvoorbeeld gastroparese), ileus, fenylketonurie (door de aanwezigheid van aspartaam), glucose-6-fosfaatdehydrogenase deficiëntie (omwille van de aanwezigheid van ascorbaat), overgevoeligheid voor één van de bestanddelen, toxisch megacolon, reeds complicatie van ernstige inflammatoire darmziekten, waaronder de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa. Niet gebruiken bij bewusteloze patiënten. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik** Diarree is een verwacht effect dat te wijten is aan het gebruik van MOVIPREP®/MOVIPREP® Orange. MOVIPREP®/MOVIPREP® Orange moet met voorzichtigheid toegediend worden aan kwetsbare patiënten met een slechte gezondheidstoestand of patiënten met een actieve klinisch ernstige ziekte, bij patiënten met risico's op of met neiging tot aspiratie of regurgitatie, verstoord bewustzijn, ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring <30 ml/min), hartinsufficiëntie (NYHA klasse III of IV), dehydratie, ernstige acute ontstekingsziekte. De aanwezigheid van dehydratie moet gecorrigeerd worden voor het gebruik van MOVIPREP®/MOVIPREP® Orange. Halfbewuste patiënten of patiënten die vatbaar zijn voor aspiratie of regurgitatie moeten nauwgezet geobserveerd worden tijdens de toediening, in het bijzonder als dit gebeurt via nasogastrische weg. Als patiënten symptomen ontwikkelen die wijzen op veranderingen in de vocht/elektrolyten balans (bijvoorbeeld oedeem, kortademigheid, toegenomen vermoeidheid, hartinsufficiëntie), moeten de plasma-elektrolyten gemeten worden en moet elke afwijking op gepaste wijze behandeld worden. Bij verzwakte kwetsbare patiënten, patiënten met een slechte gezondheidstoestand, degenen met klinisch significante nierinsufficiëntie en degenen met risico's van een ombalans in de elektrolyten, moet de arts overwegen om de behandeling een elektrolytenbepaling van de serum nierfunctietest uit te voeren. Als patiënten symptomen ervaren zoals ernstige opzwelling, abdominale uitzetting, abdominale pijn of enige andere reactie die het voortzetten van de behandeling bemoeilijkt, kunnen zij de inname van MOVIPREP®/MOVIPREP® Orange vertragen of tijdelijk stop zetten en moeten zij hun arts raadplegen. MOVIPREP®/MOVIPREP® Orange mag niet gebruikt worden door patiënten met zeldzame glucose-galactose malabsorptie. **Bijwerkingen** Diarree is een te verwachten effect van de darmvoorbereiding. Als gevolg van de aard van de interventie komen ongewenste reacties voor in de meerderheid van de patiënten gedurende de darmvoorbereiding. Hoewel deze variëren per voorbereiding komen misselijkheid, braken, abdominale uitzetting, abdominale pijn, anale irritatie en slaapstoornissen vaak voor in patiënten die een darmvoorbereiding ondergaan. Zoals bij andere macrogol bevattende producten kunnen allergische reacties, inclusief rash, urticaria, pruritus, angio-oedeem en anafylactische reacties voorkomen. Immuunsysteemaandoeningen *Niet bekend* anafylactische reacties Psychische stoornissen *Vaak* slaapstoornis Zenuwstelselaandoeningen *Vaak* duizeligheid, hoofdpijn *Niet bekend* convulsies gesasociëerd met ernstige hyponatriëmie Hartaandoeningen *Niet bekend* tranistoire toename van de bloeddruk Maagdarmstelselaandoeningen *Zeer vaak* abdominale pijn, misselijkheid, abdominale uitzetting, anal ongemak *Vaak* braken, dyspepsie *Soms* dysfagie *Niet bekend* flatulentie, kolkhalzen Lever- en galaandoeningen *Soms* abnormale leverfunctietesten Huid- en onderhuidaandoeningen *Niet bekend* pruritus, urticaria, rash Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen *Zeer vaak* malaise *Vaak* rillingen, dorst, honger *Soms* ongemak Onderzoeken *Niet bekend* Elektrolytverstoringen, waaronder verlaagde bicarbonaatconcentratie in het bloed, hyper- en hypocalciëmie, hypofosfatemie, hypokaliëmie en, hyponatriëmie (deze laatste twee verstoringen komen vaker voor in patiënten die gelijktijdig medicatie innemen die de nieren beïnvloedt zoals ACE-remmers en diuretica) en wijzigingen van de chloridewaarden in het bloed **Kanalisatie** U.R. **Vergoeding** Volledig vergoed **Prijs** Voor prijzen zie Z-index **Datum** juli 2012 Volledige SPC's op aanvraag verkrijgbaar.

Referenties
1. SPC REM. **2.** SPC HUM. **3.** Colombel et al. N Engl J Med. 2010;362 (15):1383-1395. **4.** Hsia EC et al. APLAR J Rheumatol 2006;9:107–118. **5.** Data on file, MSD. 6. Pubmedsearch 25 juli 2011. Totaal aantal hits per zoekterm op voor: infliximab in combinatie met 'Crohn's disease' en 'Ulcerative Colitis' en adalimumab in combinatie met 'Crohn's disease' en 'Ulcerative Colitis'. 7. www.clinicaltrial.gov; Study Investigating Tailored Treatment With Infliximab for Active Crohn's Disease (TAILORIX)

REMICADE (infliximab) – verkorte productinformatie
REMICADE (infliximab). Voor de volledige en meest recente productinformatie verwijzen wij naar de SmPC op www.ema.europa.eu. Remicade® 100 mg poeder voor concentraat voor oplossing voor infusie. Per injectieflacon 100 mg infliximab, chimerische humaan-muriene IgG1 monoklonale antistof. Na reconstitutie 10 mg infliximab per ml. **1** Reumatoide artritis: in combinatie met methotrexaat (MTX) voor vermindering van teken en symptomen evenals verbetering van fysiek functioneren bij volwassen patiënten met actieve ziekte wanneer respons op DMARDs inclusief MTX onvoldoende was, of bij volwassen patiënten met ernstige, actieve en progressieve ziekte die niet eerder behandeld werden met MTX of andere DMARDs. Ziekte van Crohn bij volwassenen: Behandeling van matige tot ernstige, actieve ziekte van Crohn bij volwassen patiënten die nog niet reageerden ondanks volledige en adequate behandeling met corticosteroid en/of immunosuppressivum, of als zulke therapie niet verdragen wordt of gecontra-indiceerd is, behandeling van actieve ziekte van Crohn met fistelvorming bij volwassen patiënten die nog niet reageerden ondanks volledige en adequate conventionele behandeling. Ziekte van Crohn bij pediatrische patiënten: Behandeling van ernstige, actieve ziekte van. Crohn bij kinderen en adolescenten van 6 - 17 jaar die nog niet reageerden op conventionele therapieën incl. corticosteroid, immunomodulatie en primaire voedingstherapie; of als zulke behandeling niet verdragen wordt of gecontra-indiceerd is. Remicade is alleen onderzocht in combinatie met conventionele immunosuppressieve therapie. Colitis ulcerosa bij volwassenen (UC): Behandeling van matige tot ernstige actieve UC bij volwassen patiënten die niet voldoende reageerden op conventionele therapie incl. corticosteroiden en 6-mercaptopurine (6-MP) of azathioprine (AZA), of als zulke therapie niet verdragen wordt of gecontra-indiceerd is. Colitis ulcerosa bij pediatrische patiënten: Behandeling van ernstig actieve UC bij kinderen en adolescenten van 6-17 jaar die niet voldoende reageerden op conventionele therapie incl. corticosteroiden en 6-MP of AZA, of als zulke therapie niet verdragen wordt of gecontra-indiceerd is. Spondylitis ankylosans (AS): Behandeling van ernstige, actieve AS bij volwassen patiënten die onvoldoende reageerden op conventionele therapie. Artritis psoriatica (PsA): Behandeling van actieve en progressieve PsA bij volwassen patiënten wanneer respons DMARDs onvoldoende was. Remicade moet worden toegediend in combinatie met MTX of alleen bij patiënten met intoleranthe of contra-indicatie voor MTX. Remicade bleek het fysiek functioneren bij patiënten met PsA te verbeteren en progressieselnelheid van perifere gewrichtsbeschadiging te verminderen, gemeten met röntgenfoto's bij patiënten met polyarticulaire symmetrische subtypen van de ziekte. Psoriasis: Behandeling van matige tot ernstige plaque psoriasis bij volwassen patiënten die niet reageerden op andere systemische therapie incl. ciclosporine, MTX of PUVA, of als zulke therapie gecontra-indiceerd is of niet verdragen wordt. Overgevoeligheid voor infliximab, andere muizenproteïnen of één van de hulpstoffen, tuberculose of andere ernstige infecties zoals sepsis, abcessen en opportunistische infecties, matig/ernstig hartfalen (NYHA-klasse III/IV) . Infusiereactie: ernstigste anafylactische reacties kunnen optreden binnen enkele seconden of uren na infusie. Indien acute infusiereacties optreden, moet de infusie onmiddellijk stopgezet worden. Noodmiddelen zoals adrenaline, een antihistaminicum, corticosteroiden en een beademingscamele moeten beschikbaar zijn. Voorafgaande behandeling met bv. een antihistaminicum, hydrocortison en/of paracetamol is mogelijk om milde en voorbijgaande effecten te vermijden. Infecties: patiënten die TNF-blokkers gebruiken zijn gevoeliger voor ernstige infecties. De incidentie van ernstige infecties was hoger bij patiënten ouder dan 65 jaar dan bij patiënten jonger dan 65 jaar. Enkele hadden een fatale afloop. Bij ouderen dient speciale aandacht te worden bestoed aan het risico op infectie. In klinische studies worden infecties vaker bij pediatrische patiënten gemeld dan bij volwassen patiënten. Als zich een nieuwe infectie ontwikkelt tijdens behandeling dient de patiënt nauwgezet te worden gecontroleerd en volledige diagnostische evaluatie te ondergaan. Stop met Remicade als de patiënt een nieuwe ernstige infectie of sepsis ontwikkelt en start geschikte antimicrobiële of antischimmelbehandeling. Aangezien eliminatie van infliximab tot zes maanden kan duren, dient controle op infecties gedurende deze periode voortgezet te worden. Tuberculose: Vóór, tijdens en na behandeling met Remicade dient nauwlettend gecontroleerd to worden op TBC Als actieve TBC wordt vastgesteld, mag geen behandeling met Remicade worden ingesteld. Als latente TBC wordt vermoed, als er verschedene of significante risicofactoren voor het ontwikkelen van TBC, Zin of een voorgeschriebenis van latente of actieve TBC waarbij een adequate behandeling niet kan worden bevestigd, moeten in overleg met een arts met expertise op dit gebied, de voordelen en risico's van de behandeling met Remicade zorgvuldig worden afgewogen. Alle patiënten dienen ook medisch advies te in winnen bij tekenen en/of symptomen die mogelijk op TBC, wijzen tijdens of na de behandeling met Remicade. Opportune schimmelinfecties: Bij met Remicade behandelde patiënten komt invasieve schimmelinfectie zoals aspergillose, candidiase, pneumocystose, histoplasmose, coccidioidomycose of blastomycose worden vermoed als zij ernstige systemische zieke ontwikkelen. Een arts met deskundigheid bij het diagnosteren en behandelen van invasieve schimmelinfecties moet bij onderzoek van deze patiënten in een vroeg stadium geraadpleegd worden. Voor patiënten die gewoond/gereisd hebben in/naar gebieden waar invasieve schimmelinfecties voorkomen, moeten de voor- en nadelen van behandeling met Remicade voor ontstelling van Remicade zorgvuldig worden afgewogen. Zieke van Crohn met fistelvorming: Bij patiënten met ziekte van Crohn met fistelvorming met acute, suppurative fistels mag geen behandeling met Remicade worden ingesteld voordat een mogelijke (de)infectiebron, voorsmatelijk abcessen, is uitgesloten (zie rubriek 4.3). Hepatitis B (HBV) reactivering: HBV reactivering kwam voor bij chronische HBV-dragers die een TNF antagonist kregen (incl. infliximab), soms met fatale afloop. Voor behandeling met Remicade moet op HBV worden getest. Indien positief wordt getest, wordt aanbevolen te beoordelen met een arts die deskundige is op HBV. HBV-dragers voor wie Remicade wordt is, moeten nauwgezet worden gevolgd. Indien HBV-reactivering zich ontwikkelt, moet Remicade worden stopgezet. Lever- en galaandoeningen: Zeer zeldzame gevallen van geelzucht en niet-infectieuze hepatitis, soms met teken van auto-immune hepatitis, zijn gezien tijdens post-marketing ervaring met Remicade. Geldstaltige toediening van een TNF -remmer en anakinra: Ernstige infecties en neutropenie zijn gezien tijdens Kliniische onderzoeken met gelijktijdig gebruik van anakinra en een andere TNF -remmer, etahercept, zonder bijkomend klinisch voordeel. Daarom wordt Remicade in combinatie met anakinra niet aanbevolen. Geldstaltige toediening van een TNF -remmer en abatacept: In klinische studies is gelijktijdige toediening van een TNF-, remmer en abatacept geassocieerd met verhoogd risico op infecties incl. ernstige infecties vergeleken met TNF antagonisti alleen, zonder verdoogd klinisch voordeel. Combinatie van andere biologische geneesmiddelen. Wisselen tussen biologische DMARDs: Bij overstappen van een biologisch geneesmiddel op een ander dient gecontroleerd te wordon op tekenen van infectie. Vaccinaties: Er zijn geen gegevens over reponses op vaccinatie bij patiënten met levende vaccins of secundaire transmissie van infecties door levende vaccins bij patiënten die anti-TNF-therapie krijgen. Het wordt aangeraden levende vaccins niet gelijktijdig toe te dienen. Het wordt aanbevolen om bij pediatrische patiënten, indien mogelijk, alle vaccinaties bij te werken volgens de huidige vaccinatierichtlijnen alvorens met Remicade te starten. Auto-immuniteitsreacties: Relatieve TNF-blokkers kunnen de vorming van antilichamen van kelen tot het begin van een auto-immunoproces. Neurologische effecten: TNF-remmers incl. infliximab zijn geassocieerd met gevallen van nieuwe of verergerde klinische symptomen en/of radiografisch aangetoonde demyelinisierende aandoeningen van het centrale zenuwstelsel (CZS), incl. multiple sclerose en demyelinisierende aandoeningen van het perifere zenuwstelsel, waaronder het syndroom van Guillain-Barré. Stoppen met Remicade dient te worden overwogen als deze aandoeningen zich ontwikkelen of bij aanwijzingen van zenuwstelselaandoeningen. Hematologische reacties: Er zijn meldingen gewezen van pancytopenie, leukopenie, neutropenie en trombocytopenie bij patiënten die TNF-blokkers, incl. Remicade, gebruiken. Bovenstelselchtwegenfectie was de meest voorkomende, in klinisch onderzoek gemelde bijwerking die optrad bij 25,3 % van de infliximabgroep vs. 16,5 % van de controlegroep. De ernstigste bijwerkingen bij gebruik van TNF-blokkers die optraden bij patiënten met RA, CHF, ernstige infecties (incl. sepsis, opportunistische infecties en tbbCT, serumziekte (vertraagde overgevoeligheidsreacties), hematologische reacties, SLE/lupus-achtig syndroom, demyelinisierende aandoeningen, lever-galaandoeningen, lymfoom, HSTCL, intestinaal of perianaal abces (bij de ziekte van Crohn) ernstige infusiereacties. Zeer vaak: virale infecties (bijv. griep, herpes), hoofdpijn, bovenstelselchtwegeinfectie, sinusitis, abdominale pijn, misselijkheid, infuse gerelateerde reactie, pijn. Vaak: bacteriële infecties (bijv. sepsis, cellulitis, abces), neutropenie, leukopenie, anemie, lymfadenopathie, symptomen bij respiratoire allergie, depressie, slapeloosheid, vertigo, duizeligheid, hypesthesie, paresthesie, conjunctivitis, tachycardie, palpitaties, hypotensie, hypertensie, rochyemose, opvliegers, flushing, lagere luchtweginfectie (bijv. bronchitis, pneumonie), dyspnoe, epistaxis, gastro-intestinale hemorragie, diarree, dyspepsie, gastro-oesofageale reflux, obstipatie, abnormale hepatische functie, verhoogde transaminasen, eerste symptomen of verergering van psoriasis incl. psoriasis pustulosa (vooral handpalmen en voetzolen), urticaria, uitslag, pruritus, hyperhidrose, droge huid, fungale dermatitis, eczeem, alopecia, artralgie, myalgie, rugpijn, urineweginfectie, pijn op de borst, vermoeidheid, koorts, reactie op de injectieplaats, koude rillingen, oedeem. Soms: tuberculose, schimmelinfecties (bijv. candidiasis), trombocytopenie, lymfopenie, lymfocytose, anafylactische reactie, lupusachtig syndroom, serumziekte of serumziekte achtige reacties, amnesie, agitatie, verwardheid, slaapstoornis, nervositeit, convulsies, neuropathie, keratitis, periorbitaal oedeem, hordeolum, hartfalen (nieuw of verergering), aritmie, syncope, bradycardie, perifere cyanose, tromboflebitis, hematoom, pulmonaal oedeem, bronchospasme, pleuritis, pleurale effusie, intestinale perforatie, intestinale perforatie, intestinale stenose, diverticulitis, pancreatitis, cheilitis, hepatitis, cholecystitis, bullieuze eruptie, onychomycose, teborroe, rosacea, huidpapillom, hyperkeratose, abnormale huidpigmentatie, pyelonefritis, vaginitis, verstoord geneesgingiveitis, positieve autoimmuntest. Zelden: opportunistische infecties (zoals: ernstige schimmelinfecties (pneumocystose, histoplasmose, aspergillose, coccidioidomycose, cryptococcose, blastomycose), bacteriële infecties (atypische mycobacteriële, listeriose, salmonellose) en virale infecties (cytomegalovirus), parasitaire infecties, reactivering van hepatitis B, lymfoom, non-Hodgkinlymfoom, de ziekte van Hodgkin, leukemie, agranulocytose, trombotische trombocytopenische purpura, pancytopenie, hemolytische anemie, idiopathische trombocytopenische purpura, anafylactische shock, vasculitis, sarcoid-achtige reactie, myelitis transversa, demyelinisierende aandoningen van het centrale zenuwstelsel (multiple sclerose-achtige zieke en neuritis optica), demyelinisierende aandoeningen van het perifere zenuwstelsel (zoals het syndroom van Guillain-Barré, chronische inflammatoire demyelinisierende polyneuropathie en multifocale motorische neuropathie), endofalmitis, cyanose, pericarditis, ernstige bloedonstolling, petechie, vasospasme, interstitiële longziekte (inclusief snel progressieve zieke, longfibrose en pneumonitis), auto-immune hepatitis, geelzucht, toxische epidermale necrolyse, syndroom van Stevens-Johnson, erythema multiforme, furunculose, granulomatouze laesie, abnormale complementfactor. **Niet bekend**, hepatosplenisch T-celymfoom (vooral bij adolescenten en jonge volwassenen met de ziekte van Crohn en UC), tijdelijk minder goed zien, tijdens of binnen 2 uur na de infusie, myocardischemie/myocardinfarct tijdens of binnen 2 uur na de infusie, leverfalen. TNF,-remmers, ATC-code: L04AB02. - Janssen Biologics B.V., Einsteinweg 101, 2333 CB Leiden, Nederland. - MSD BV, Waarderweg 39, 2031 BN, Haarlem, tel. 0800-9999000, medicalinfo.nl@merck.com EU/1/99/116/001-005. volledig vergoed. UR. DATUM SPC: 19 maart 2012.

MSD

Remicade® (infliximab)

VERKORTE PRODUCTINFORMATIE VICTRELIS®. Voor de volledige en meest recente productinformatie verwijzen wij naar de goedgekeurde SPC op www.ema.europa.eu. Voor informatie over ritavirine en peginterferon alfa verwijzen wij naar de desbetreffende SPCs. **NAAM VAN HET GENEESMIDDEL:** VICTRELIS® **KWALITATIEVE EN KWANTITATIEVE SAMENSTELLING:** 200 mg boceprevir per harde capsule. **FARMACEUTISCHE VORM:** harde capsule. **FARMACOTHERAPEUTISCHE GROEP EN WERKINGSMECHANISME:** Proteaseremmers. Boceprevir remt het HCV NS3-protease. **THERAPEUTISCHE INDICATIES:** Chronische hepatitis C-infectie (HCV) genotype 1 in combinatie met peginterferon alfa (PEG-IFNα) en ribavirine (RBV) bij niet eerder behandelde volwassenen met gecompenseerde leverziekte of bij wie eerdere behandeling heeft gefaald. **CONTRA-INDICATIES** Overgevoeligheid voor boceprevir of de hulpstoffen, zwangerschap, auto-immuunhepatitis, gelijktijdige toediening van primair door CYP3A4/5 gemetaboliseerde stoffen waarvan verhoogde plasmaconcentraties ernstig of levensbedreigend kunnen zijn, zoals oraal midazolam, triazolam, bepridil, pimozide, lumefantrine, halofantrine, tyrosinekinaseremmers, ergotaminederivaten. **BIJZONDERE WAARSCHUWINGEN EN VOORZORGEN BIJ GEBRUIK:** Anemie: Beginnende anemie is gemeld in behandelingsweek 4 met PEG-IFNα+RBV. Toevoegen van Victrelis aan PEG-IFNα+RBV gaat gepaard met extra hemoglobineafname van ±1g/dl in wk 8 vs. standaardzorg. Vóór behandeling, in wk 4 en 8, en daarna waar klinisch aangewezen moet een volledig bloedbeeld worden verkregen. Hemoglobine <6,2 mmol/l (<10 g/dl) kan indicatie zijn voor anemiebehandeling. Raadpleeg SPC ribavirine voor dosisaanpassingen en/of onderbreking of stopzetting van RBV. Neutropenie: Toevoegen van Victrelis aan PEG-IFNα-2b+RBV gaf een hogere incidentie van neutropenie en neutropenie graad 3-4 vs. alleen PEG-IFNα-2b+RBV. De frequentie van ernstige/levensbedreigende infecties lijkt hoger in de Victrelis-armen dan de controlearm. Het aantal neutrofielen moet daarom vóór en na behandeling regelmatig worden beoordeeld. Aanbevolen wordt infecties direct te beoordelen en te behandelen. Vergeleken met combinatie van Victrelis met PEG-IFNα-**2b**+RBV ging combinatie van Victrelis met PEG-IFNα-**2a**+RBV gepaard met een hoger % neutropenie (incl. graad 4) en een hoger % infecties. Raadpleeg SPC van peginterferon alfa. Drospirenon: Voorzichtigheid is geboden bij drospirenongebruikers met predisponering voor hyperkaliëmie of bij gebruik van kaliumsparende diuretica. Overweeg alternatieve anticonceptiva. Gebruik bij eerdere nulreponders: Retrospectieve analyse waarbij herkwalificatie plaatsvond op basis van virologische respons in behandelingsweek 4 (m.b.v. de lead in-periode met PEG-IFNα+RBV) vs. baseline, geeft aan dat nulresponders baat kunnen hebben bij toevoeging van Victrelis aan de duotherapie. Dit is echter niet betrouwbaar te kwantificeren uit deze analyse. Daarnaast moet optimale behandeling van nulresponders nog worden vastgesteld. In de toekomst kan combinatie van antiviralemiddelen nodig zijn. HCV-protease monotherapie: Op grond van klinisch onderzoek mag Victrelis niet als monotherapie worden gebruikt, vanwege hoge waarschijnlijkheid van toegenomen resistentie zonder gecombineerde anti-HCV-therapieën. Het is niet bekend welk effect Victrelis heeft op de werkzaamheid van opvolgende HCV-proteaseremmers, incl. herbehandeling met Victrelis. HIV co-infectie: Veiligheid en werkzaamheid van Victrelis alleen of in combinatie met PEG-IFNα+RBV voor behandeling van chronische HCV genotype 1 zijn niet vastgesteld bij HIV co-infectie en HCV. Gelijktijdige toediening van boceprevir en HIV-proteaseremmers kan leiden tot aanzienlijk verlaagde blootstelling aan de proteaseremmers en/of boceprevir. Raadpleeg de SPC voor meer informatie. HBV co-infectie: Veiligheid en werkzaamheid van Victrelis alleen of in combinatie met PEG-IFNα+RBV voor behandeling van chronische HCV genotype 1 bij patiënten met hepatitis B co-infectie en HCV zijn niet onderzocht. Ondergane orgaantransplantatie: Veiligheid en werkzaamheid van Victrelis alleen of in combinatie met PEG-IFNα+RBV voor behandeling van chronische HCV genotype 1 zijn niet onderzocht na ondergane transplantatie van lever of ander orgaan. HCV-genotypen anders dan genotype 1: Veiligheid en werkzaamheid van Victrelis alleen of in combinatie met PEG-IFNα+RBV voor behandeling van chronische HCV-genotypen anders dan genotype 1 zijn niet vastgesteld. Gefaalde eerdere HCV-proteaseremmer behandeling: Veiligheid en werkzaamheid van Victrelis alleen of in combinatie met PEG-IFNα+RBV voor behandeling van chronische HCV genotype 1 zijn niet onderzocht bij patiënten bij wie eerdere behandeling met Victrelis of andere HCV-proteaseremmers heeft gefaald. Krachtige CYP3A4-inductoren: Gelijktijdig gebruik van Victrelis met krachtige CYP3A4-inductoren (rifampicine, carbamazepine, fenobarbital, fenytoïne) wordt niet aanbevolen. Proartritische effecten: Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met risico op QT-verlenging (congenitale lange QT, hypokaliëmie, gebruik van QT-interval verlengende middelen). **BIJWERKINGEN:** Zeer vaak (≥ 1/10): anemie, neutropenie, verminderde eetlust, angst, depressie, slapeloosheid, prikkelbaarheid, duizeligheid, hoofdpijn, hoest, dyspnoe, diarree, misselijkheid, braken, droge mond, dysgeusie, alopecia, droge huid, pruritus, uitslag, artralgie, myalgie, asthenie, rillingen, vermoeidheid, koorts, griepachtige ziekte, gewichtsverlies. Vaak (≥ 1/100, < 1/10): Bronchitis, cellulitis, herpes simplex, griep, orale schimmelinfectie, sinusitis, leukopenie, trombocytopenie, kropp, hypothyreoïdie, dehydratie, hyperglykemie, hypertriglyceridemie, hyperurikemie, affectbaliteit, agitatie, libidostoornis, veranderde stemming, slaapstoornis, hypo-esthesie, paresthesie, syncope, amnesie, aandachtsstoornis, geheugenstoornis, migraine, parosmie, tremoren, vertigo, droge ogen, retinale exsudaten, wazig zien, visuasstoornis, tinnitus, palpitaties, hypo/hypertensie, epistaxis, neuuverstopping, orofaryngeale pijn, luchtwegcongestie, sinuscongestie, piepende ademhaling, buik/bovenbuikpijn, constipatie, gastro-oesofageale refluxziekte, aambeien, opgezette buik, anorectale pijn, afteuze stomatitis, cheilitis, dyspepsie, flatulentie, glossodynie, mondzweertjes, pijn in de mond, stomatitis, gebitsaandoening, dermatitis, eczeem, erytheem, hyperhidrose, nachtelijk zweten, perifeer oedeem, psoriasis, erythemateuze/maculaire/papulaire/maculo-papulaire of pruritische rash, huidlesie, rug/nekpijn, pijn in de extremiteiten, spierspasmen of -zwakte, pollakiusurie, erectiestoornis, pijn op de borst, malaise, lichaamstemperatuurveranderingsensatie, droge slijmvliezen, pijn. Soms (≥ 1/1000, < 1/100): Gastro-enteritis, pneumonie, staflyokokkeninfectie, candidiasis, oorinfectie, (fungale) huidinfectie, nasofaryngitis, onychomycose, faryngitis, luchtweginfectie, rhinitis, urineweginfectie, hemorragische diathese, lymfadenopathie, lymfopenie, hyperthyreoïdie, hypokaliëmie, eetlusttoornis, diabetes mellitus, jicht, hypercalciëmie, agressie, homicide/suicidale ideatie, paniekaanval, paranoia, middelenmisbruik, abnormaal gedrag, woede, apathie, verwarring, veranderde geestestoestand, rusteloosheid, perifere neuropathie, cognitieve stoornis, hyperesthesie, lethargie, bewustzijnsverlies, geestesstoornis, neuralgie, presyncope, retinale ischemie, retinopathie, abnormaal gevoel in oog, conjunctivale bloeding, conjunctivitis, oogpijn/-zwelling/-pruritus, oogdoleedeem, verhoogde traanvorming, oculaire hyperemie, fotofobie, doofheid, oorpijn, slecht horen, tachycardie, aritmie, cardiovasculaire aandoening, diepveneuze trombose, overmatig blozen, bleek zien, perifere koudheid, pleurapijn, pulmonale embolie, droge keel, dysfonie, verhoogde afscheiding in bovenste luchtwegen, orofaryngeale blaarvorming, pijn in de onderbuik, gastritis, pancreatitis, anale pruritus, colitis, dysfagie, verkleurde feces, frequente ontlasting, gingivale bloeding/pijn, gingivitis, glossitis, droge lippen, odynofagie, proctalgie, rectale bloeding, overmatige speekselvorming, gevoelige tanden, tongverkleuring, tongzweertjes, hyperbilirubinemie, fotosensitiviteitsreactie, huidzweer, urticaria, musculoskeletale pijn op de borst, artritis, botpijn, gewrichtszwelling, musculoskeletale pijn, dysurie, nycturie, amenorroe, menorragie, metrorragie, zich abnormaal voelen, verstoorde genezing, niet-cardiale pijn op de borst, hartruis, verhoogde hartslag. Zelden (≥ 1/10.000, < 1/1000): Epiglottitis, otitis media, sepsis, schildklierneoplasma (nodulen), hemolyse, sarcoïdose, niet-acute porfyrie, bipolaire stoornis, poging tot/geslaagde suïcide, auditieve/visueele hallucinaties, psychische decompensatie, cerebrale ischemie, encefalopathie, papiloedeem, acuut myocardinfarct, atriumfibrilleren, coronairlijden, pericarditis, pericardiale effusie, veneuze trombose, pleurale fibrose, orthopneu, respiratoir falen, pancreasinsufficiëntie, cholecystitis, aspermie. **REGISTRATIEHOUDER:** MSD Ltd, Hertford Road, Hoddesdon, Verenigd Koninkrijk **LOKALE VERTEGENWOORDIGER:** MSD B.V., Haarlem. Tel. 0800 9999 000, medicalinfo.nl@merck.com. **REGISTRATIENUMMER:** EU/1/11/704/001 **AFLEVERSTATUS:** UR. **VERGOEDING:** Volledig vergoed. **DATUM SPC:** April 2012.

VICTRELIS® boceprevir, MSD

Verkorte productinformatie Viread 245 mg filmomhulde tabletten

Samenstelling: Elke filmomhulde tablet bevat 245 mg tenofovirdisoproxil (als fumaraat), overeenkomend met 300 mg tenofovirdisoproxilfumaraat of 136 mg tenofovir. **Farmacotherapeutisch groep:** Nucleoside en nucleotide reverse transcriptase-remmers, ATC-code: J05AF07. **Indicaties:** HIV-1-infectie: Viread is geindiceerd in combinatie met andere antiretrovirale geneesmiddelen voor de behandeling van met HIV-1 geïnfecteerde volwassenen van meer dan 18 jaar oud. Hepatitis B-infectie: Viread is geïndiceerd voor de behandeling van chronische hepatitis B bij volwassenen met: 1) gecompenseerde leverziekte, met aangetoonde actieve virale replicatie, aanhoudend verhoogde serum-alanineaminotransferase (ALAT)-spiegels en histologisch aangetoonde actieve ontsteking en/of fibrose. 2) gedecompenseerde leverziekte. **Contra-indicaties:** Bekende overgevoeligheid voor tenofovir, tenofovirdisoproxilfumaraat of voor één van de hulpstoffen. **Waarschuwingen en voorzorgen:** Het wordt aanbevolen de nierfunctie (creatinineklearing en fosfaat) te controleren voorafgaand aan de behandeling met Viread, binnen vier weken na de behandeling met Viread, en tenminste elke maand gedurende de behandeling met Viread. Bij patiënten met het risico op nierfunctiestoornis, dient overwogen te worden om de nierfunctie vaker te controleren.Indien bij patiënten, het serumfosfaatgehalte < 1,5 mg/dl (0,48 mmol/l) is of de creatinineklaring < 50 ml/min afgenomen is, moet de nierfunctie binnen één week opnieuw beoordeeld worden, inclusief metingen van glucose- en kaliumgehalted in het bloed an van het glucosegehalte in de urine. Bij patiënten met een afname van het serumfosfaatgehalte naar < 1,0 mg/dl (0,32 mmol/l) of een afname van het creatinineklaring naar <50 ml/min ,dient het onderbreken van de behandeling met Viread overwogen te worden. Bij patiënten met milde tot matige nierinsufficiëntie, moeten de mogelijke voordelen van behandeling worden afgenomen tegen de mogelijke risico's. Indien gelijktijdig gebruik van Viread en nefrotoxische middelen, of van Viread en geneesmiddelen met hetzelfde renale transportsysteem (hOAT1 en 3 of MRP4) onvermijdelijk is, dient de renale functie wekelijks gecontroleerd te worden. Om het risico van lactaatacidose te minimaliseren bij toediening van nucleoside-analogen in combinatie met Viread moeten de patiënten nauwgezet worden gevolgd. Bij gelijktijdig gebruik van Viread en didanosine moet nauwgezet gecontroleerd worden op bijwerkingen van didanosine. Bij patiënten die voor chronish hepatisB behandeld worden, moet voorzichtigheid en controle geboden worden, voor tekenen van exacerbaties van hepatitis, in het bijzonderlijk na het stoppen van de behandeling. Indien geschikt, kan hervatting van de behandeling gerechtvaardigd zijn. Viread bevat lactose. Daarom moet Viread niet gebruikt worden bij patiënten met galactose intolerantie, Lapp lactase-deficiëntie of glucose-galactose malabsortie. **Zwangerschap:** Een matige hoeveelheid gegevens ower zwangere vrouwen (tussen 300 en 1.000 zwangerschapsuitkomsten) duidt erop dat tenofovirdisoproxilfumaraat niet tot afwijkingen leidt of foetaal/neontaal toxisch is. De resultaten van dieronderzoek duiden niet op reproductietoxiciteit (zie rubriek 5.3). Het gebruik van tenofovirdisoproxilfumaraat tijdens de zwangerschap kan zo nodig worden overwogen. **Bijwerkingen:** De meest gerapporteerde, zeer vaak (≥ 1/10) bijwerkingen zijn: hypofosfatemie, duizeligheid, diarree, braken, misselijkheid, uitslag, asthenie. Vaak (≥ 1/100, < 1/10) werden de volgende bijwerkingen waargenomen: hoofdpijn, abdominale pijn, opgezette buik, flatulentie, verhoogde transaminasen. Soms (≥ 1/1.000, < 1/100): hypokaliëmie, pancreatitis, rabdomyolyse, spierzwakte, verhoogd creatinine; Zelden(≥ 1/10.000, < 1/1.000): lactaatacidose, hepatische steatose, hepatitis, angio-oedeem, osteomalacie (die zich manifesteert als botpijn en zelden bijdraagt aan het ontstaan van fracturen), myopathie, acuut nierfalen, nierfalen, acute tubulaire necrose, proximale niertubulopathie (waaronder syndroom van Fanconi), nefritis (waaronder acute interstitiële nefritis), nefrogene diabetes insipidus. Deze bijwerking kan optreden als gevolg van proximale niertubulopathie. Er wordt vanuit gegaan dat dit bij afwezigheid van deze aandoening niet in oorzakelijk verband staat met tenofovirdisoproxilfumaraat. **Verpakking:** Doos met 1 of 3 flacons met 30 filmomhuldetabletten. **Afleverstatus:** UR. **Vergoeding:** volledige vergoeding. **Prijs:** zie Z-index. **Registratiehouder:** Gilead Sciences International Limited, Cambridge CB21 6GT, Verenigd Koninkrijk. Bestudeer de samenvatting van productkenmerken alvorens Viread voor te schrijven in het bijzonder vanwege dosering, bijwerkingen, waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik, en interacties. Neem voor meer inlichtingen contact op met de lokale vertegenwoordiger: Gilead Sciences Netherlands BV, WTC, Toren D, 7e Verdieping, Strawinskylaan 779, 1077 XX Amsterdam.

De volledige informatie kunt u aanvragen bij Gilead Sciences.

Referenties 1. VIREAD, Summary of Product Characteristics. Januari 2012. **2.** Marcellin et al. AASLD 2010, Poster 476. **3.** Heathcote et al. AASLD 2010, Poster 477. **4.** Heathcote et al. Three- Year Efficacy and Safety of Tenofovir Disoproxil Fumarate Treatment for Chronic Hepatitis B. Gastroenterology 2010. **5.** Marcellin et al. New England Journal of Medicine 2008; 359(23): 2442–2455.

GILEAD

Viread® tenofovir disoproxil (as fumarate) 245 mg

POST-DISCHARGE NUTRITIONAL SUPPORT IN MALNOURISHED ILL ELDERLY PATIENTS. EFFECTIVENESS AND COST-EFFECTIVENESS

F. Neelemaat, Vrije Universiteit Amsterdam, 20 juni 2012

Met de vergrijzing neemt het aantal uitdagingen binnen de gezondheidszorg toe. Ondervoeding is één van die uitdagingen. Een specifieke voedingstherapie zou de negatieve gevolgen van ondervoeding kunnen tegengaan.
Deze studie onderzoekt de effecten en de kosten van deze therapie. Ondervoede, oudere patiënten die waren opgenomen in het ziekenhuis, werden willekeurig verdeeld over twee groepen. De controlegroep kreeg de gebruikelijke voedingszorg. De onderzoeksgroep kreeg een specifieke voedingstherapie, bestaande uit begeleiding door een dietist, energie- en eiwitrijke drinkvoeding en een calcium-vitamine-D-supplement. Bij opname en drie maanden na ontslag werden vragenlijsten afgenomen en diverse metingen uitgevoerd.
Opvallend was dat de specifieke voedingstherapie leidde tot een afname in functionele beperkingen. Patiënten konden na deze therapie bijvoorbeeld zelfstandig een trap op- en aflopen en zichzelf aan- en uitkleden, terwijl patiënten in de controlegroep dit in mindere mate konden. Deze bevinding is belangrijk, omdat een afname in functionele beperkingen van groot belang kan zijn voor een langer behoud van zelfstandigheid van ouderen. Verder bleek dat patiënten in de onderzoeksgroep aanzienlijk minder valincidenten meemaakten dan de controlegroep. Het is vermeldenswaardig dat de onderzoeksgroep niet meer kosten maakte dan de controlegroep.
De studie is deels gesubsidieerd door ZonMw.

Curriculum vitae

Floor Neelemaat (Purmerend, 1981) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Na het artsexamen in 2008 was zij werkzaam als arts niet-in-opleiding-tot-specialist (ANIOS) op de afdeling Heelkunde van het Slotervaartziekenhuis te Amsterdam. Na bijna anderhalf jaar klinisch werk startte zij haar promotieonderzoek in het Chirurgisch Laboratorium van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam, onder leiding van prof. dr. T.M. van Gulik. Op 1 juli 2012 is zij gestart met de opleiding Heelkunde in de regio AMC.
Het proefschrift is te verkrijgen via l.t.hoekstra@amc.uva.nl.

TOWARDS SAFER LIVER RESECTIONS

Lisette Hoekstra, 22 juni 2012, Universiteit van Amsterdam

Onderhavig proefschrift beschrijft verschillende mogelijkheden om leverresecties veiliger uit te voeren. Vena porta embolisatie (VPE) is een techniek waarbij de toekomstige restlever preoperatief kan worden vergroot in patiënten die een uitgebreide leverresectie moeten ondergaan. Door de vena porta naar het aangedane deel van de lever te emboliseren, treedt atrofie op. Hierna ontstaat er een compensatoire hypertrofie van de toekomstige restlever.
In deel 1 worden klinische vraagstellingen omtrent VPE beantwoord in een experimenteel VPE-model in het konijn. Klinische studies zijn voornamelijk gericht op de kenmerken van leverregeneratie en de invloed van VPE op tumorgroei. Tumorprogressie na VPE werd aangetoond zowel in patiënten als in het experimenteel tumormodel. Deel 2 beschrijft de complicaties na leverresectie en de mogelijkheden om de meest voorkomende complicaties te voorkomen.
Het proefschrift is tot stand gekomen zonder sponsoring van MLDS of ZonMW.

Curriculum vitae

Lisette Hoekstra (Groningen, 1981) studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Na het artsexamen in 2008 was zij werkzaam als arts niet-in-opleiding-tot-specialist (ANIOS) op de afdeling Heelkunde van het Slotervaartziekenhuis te Amsterdam. Na bijna anderhalf jaar klinisch werk startte zij haar promotieonderzoek in het Chirurgisch Laboratorium van het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam, onder leiding van prof. dr. T.M. van Gulik. Op 1 juli 2012 is zij gestart met de opleiding Heelkunde in de regio AMC.
Het proefschrift is te verkrijgen via l.t.hoekstra@amc.uva.nl.

Salofalk Zetpil

Colonoscopie zonder angst en pijn

Op de MDL-afdeling van de ZGT Ziekenhuisgroep Twente is patiëntvriendelijkheid één van de speerpunten. Daarom hebben – mede met het oog op het bevolkingsonderzoek darmkanker – twee ontwikkelingen speciale aandacht: koolzuurgasinsufflatie en propofolsedatie.

De MDL-zorg in het ZGT is verdeeld over twee locaties: Almelo en Hengelo. De afdeling bestaat uit zes MDL-specialisten. Samen met zestien internisten vormen zij één maatschap. Volgens de MDL-artsen Rolf van Roermund en Huseyin Aktas is hun afdeling de laatste jaren fors gegroeid. “Tot vijf jaar geleden werkten Almelo en Hengelo, elk met één MDL-arts, nog als aparte afdelingen”, aldus Van Roermund. “Sinds 2007 is de integratie in een stroomversnelling geraakt met onder andere gezamenlijke diensten. Verder zijn onze diagnostische mogelijkheden sterk uitgebreid. Vorig jaar kregen we erkenning als hepatitiscentrum. Toch beschouwen we onszelf nog steeds als een afdeling in ontwikkeling, en dan gaat het met name om *finetuning*. Ook werken we aan enkele innovaties. Zo bekijken we hoe we bij scopieën koolzuurinsufflatie kunnen toepassen. Dat is veel patiëntvriendelijker dan het gebruik van kamerlucht. Na het onderzoek hebben ze minder last van buikkrampen. Deze innovaties doen we mede in het licht van het bevolkingsonderzoek, waarvoor we al beschikken over een goede infrastructuur. In nauwe samenwerking met onze gastrointestinaal chirurgen hebben we een goed lopend multidisciplinair zorgpad colorectaal carcinoom met korte doorlooptijden voor diagnostiek en behandeling. Coloscopieën die de huisarts aanvraagt, worden vooraf gezien door onze vier MDL-verpleegkundigen voor screening en uitleg over de procedure.”

Propofolsedatie

Aktas: “Binnenkort starten we, ook mede met het oog op het bevolkingsonderzoek, met een sedatiecommissie voor toepassing van propofolsedatie buiten de OK. Tot nu toe geven we, zoals de meeste klinieken in Nederland, een roesje. De propofolsedatie willen we op de langere termijn toepassen als standaardtechniek, dus niet alleen bij de gecompliceerde gevallen waarbij we dieper willen sederen.” Van Roermund: “We streven naar maximale patiëntvriendelijkheid, coloscopieën zonder angst en pijn. Onze twee Duitse collega’s op de afdeling verbazen zich over de manier waarop wij in Nederland sederen. In Duitsland is propofolsedatie allang ingeburgerd. In ons land is het nog steeds het domein van de anesthesisten, maar er is nu een richtlijn die stelt dat goed opgeleide en ervaren anesthesiemedewerkers ook buiten de OK zelfstandig propofol mogen toedienen. Deze sedatiemethode is wel duurder dan de standaardmethode. Er zit dus een kostenplaatje aan, zeker bij de ongeveer vierduizend coloscopieën die wij jaarlijks uitvoeren. We moeten er ook het juiste personeel voor aantrekken.” Aktas: “Versterking van de afdeling is bovendien nodig om de toeloop te kunnen opvangen van het bevolkingsonderzoek, waarvoor we nu zijn gestart met het proces van HKZ-certificering. Daarvoor willen we graag een zevende MDL-arts aantrekken. Dat vereist wel overeenstemming binnen de maatschap met de internisten.”

A1-initiatief

In Twente hebben de chirurgen een ‘A1-initiatief’ genomen, genoemd naar de snelweg die door de regio loopt. Daarbij werken zij aan een nauwe samenwerking tussen de ziekenhuizen in Apeldoorn, Deventer, Enschede, Hengelo, Almelo, Winterswijk en Hardenberg. Van Roermund: “Als MDL-artsen lopen we daarin mee, bijvoorbeeld door de hoogcomplexe/laagvolume GE-chirurgie te verdelen. Dat houdt in dat we in Almelo bijvoorbeeld de slokdarm opereren. Enschede doet de pancreaschirurgie en Deventer de leverresecties. Het A1-initatief moet ertoe leiden dat de 1,2 miljoen bewoners in dit gebied voor elke vorm van zorg in de eigen regio terechtkunnen.”

Onderste rij (v.l.n.r.): Huseyin Aktas, Ton Vrij, Gerdien van den Broek, Hanneke Maassen van den Brink, Resi Olde Olthof, Antoinet Leushuis. *Boven (v.l.n.r.)*: Peter Kessler, Rolf van Roermund, Bruce Duerfeld, Jörg Baumann.

Olympus