

NIEUWE COLOSCOPIE-IMAGINGTECHNIEKEN 52

ENDOSONOGRAFIE 54 / ENTEROSCOPIE 55 / NOTES 2008 56

MRE 57 / POSITIE NVGE OPNIEUW BEPAALD 59 / VERDEELMODEL

OPLEIDINGEN HEIKEL PUNT 60 / KINDEREN MET LEVER- EN/OF

DARMALEN 62 / CBO-RICHTLIJN 64 / HELICOBACTER PYLORI 66

PATIËNTENORGANISATIES STEEDS BELANGRIJKER 67



MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN HET NEDERLANDS GENOOTSCHAP
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 14 / NUMMER 3 / SEPTEMBER 2008



NIEUWE COLOSCOPIETECHNIEKEN

Paul Frissen:

“Verdeelmodel opleidingen heikel punt”

IN MEMORIAM

Frans van den Mosselaar 1949–2008

Frans van den Mosselaar studeerde Nederlands aan de Universiteit van Amsterdam. Hij werkte vijftien jaar als dagbladjournalist bij het Noordhollands Dagblad en de Twentsche Courant. Daarnaast was hij voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Journalisten. Sinds 1983 is hij verbonden aan Van Luyken Communicatie Adviseurs.

In de zomer van 1995 ontmoet ik Frans voor het eerst op initiatief van Hans Sybesma van – toen nog – Byk Nederland. Gerard van Berge Henegouwen en Dietrich Venn (Byk Nederland) hebben het plan opgevat een Nederlands Tijdschrift voor de Gastro-enterologie te starten. Frans bouwt samen met ons een formule voor wat we MAGMA zijn gaan noemen.

Frans heeft met MAGMA een bijzondere band. Hij verplaatst zich tijdens de vele redactievergaderingen in de denkwereld van de MDL-arts en slaagt erin om telkens weer vernieuwende ideeën en ontwikkelingen op de agenda te krijgen. Hoogtepunten vormen het implementeren van de naam MDL, het afscheidnummer voor Guido Tytgat, een oplage die de 2000 passeert én het feit dat MAGMA een lijfblad is geworden voor de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen dat zich mag verheugen in een zeer brede lezerskring. We zijn als beroepsgroep trots op de uitstraling die het blad in de loop der jaren heeft gekregen.

In juni openbaart zich een ongeneeslijke ziekte. Frans, MAGMA – de naam is door jou bedacht – is ‘jouw baby’. Na meer dan 12,5 jaar moeten we zonder jou verder.

We zullen je missen. We zijn je dankbaar voor alle stimulerende inspiratie en een lange periode van geweldige samenwerking en creativiteit.

Chris Mulder

Namens de redactie van MAGMA



Frans en MAGMA, dat is één

Vanaf het prille begin is Frans betrokken geweest bij MAGMA. Hoewel, betrokken is niet het juiste woord, hij was veel meer dan dat. “Het is mijn kindje”, heeft hij wel eens gezegd en zo ging hij ook met MAGMA om.

Wij hebben Frans leren kennen als een bijzonder mens. Je kon op hem bouwen, afspraken kwam hij na, hij wist waar hij het over had en hij was met hart en ziel betrokken bij zijn werk. Een fijne man, het contact met hem was altijd goed.

Contact hebben we veel gehad in al die jaren dat MAGMA nu bestaat. Elke keer weer zorgen over de kopij, niet dat er niet voldoende was, integendeel: ‘hoe krijgen we het er allemaal in?’ was vaak de vraag. We deelden de frustratie als er toch een enkele keer een lettertje verkeerd stond. We deelden de trots bij elk nieuw nummer. Hij belde dan en zei enthousiast: “Dit is het beste nummer dat we tot nu toe hebben gemaakt!”

Trots waren we op MAGMA en trots ook op de samenwerking van ons drieën: het Genootschap, Frans (Van Luyken Communicatie Adviseurs) en Nycomed. Een lange, unieke samenwerking gekenmerkt door respect voor elkaars positie en standpunten. Nooit is daar een wanklank in geweest. Frans heeft ook daarin een belangrijke rol gespeeld. De drijvende kracht achter MAGMA.

Frans en MAGMA, dat is één.

Frans, alle MAGMA-nummers tot nu toe waren van jou en door jou. Dit nummer is voor jou. Met dankbaarheid aan je, respect voor je en verdriet om je dragen wij deze MAGMA aan je op.

Carin Louis, Marleen Groeneveld en Ric ter Pelle – Nycomed

COLOFON MAGMA IS EEN UITGAVE VAN HET NEDERLANDS GENOOTSCHAP VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN. HET MAGAZINE WORDT GRATIS TOEGEZONDEN AAN NEDERLANDSE MDL-ARTSEN EN ANDERE MDL-GEÏNTERESSEERDE SPECIALISTEN; MEDISCHE BIBLIOTHEKEN EN BESTUREN VAN PATIËNTENORGANISATIES. DE UITGAVE VAN MAGMA WORDT MOGELIJK GEMAAKT DOOR NYCOMED BV EN PENTAX. MAGMA VERSCHIJNT VIER KEER PER JAAR. **OPPLAGE** 2400 EXEMPLAREN **REDACTIE** CHRIS MULDER WIM HAMEETEMAN RIC TER PELLE JOEP BARTELSMAN HARRY JANSSEN MARTEN OTTEN **EINDREDACTIE** FRANS VAN DEN MOSSelaar **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: NYCOMED B.V. POSTBUS 31 2130 AA HOOFDDORP E-MAIL: INFONL@NYCOMED.COM **VORMGEVING** M.ART HAARLEM GRAFISCHE FORMGEVING **DRUK** DRUKKERIJ KOOPMANS ZWANENBURG 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. **COVERFOTO** CHRIS HOEFSMIT.

Bijdragen welkom

De redactie van MAGMA stelt bijzonder veel prijs op bijdragen van een ieder die geïnteresseerd is in maag-darm-leverziekten. Zowel wetenschappelijke artikelen als casuïstische beschouwingen zijn welkom. Ook voor tips en suggesties voor te behandelen onderwerpen houdt de redactie zich aanbevolen. Wij nodigen u graag uit uw bijdrage te sturen naar het redactieadres (zie colofon).

Correspondenten academische centra:

Academisch Medisch Centrum
Amsterdam,

Joep Bartelsman;

VU medisch centrum,

Elly Klinkenberg-Knol;

Academisch Ziekenhuis Maastricht,

Wim Hameeteman;

UMC St. Radboud Nijmegen,

Fokko Nagengast;

Erasmus MC Rotterdam,

Harry Janssen;

Universitair Medisch Centrum

Groningen,

Gerard Dijkstra;

Universitair Medisch Centrum

Utrecht,

Bas Oldenburg;

Leids Universitair Medisch Centrum,

Cock Lamers.

Vierhonderd verenigingsleden

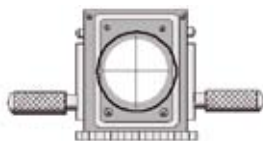
Een naamsverandering van NGMDL in NVMDL klinkt futiel. Het besluit hiertoe door de leden illustreert echter dat de Nederlandse MDL-artsen van een kleine selecte groep zijn geworden tot een ambitieuze, grotere gemeenschap die nu vertegenwoordigers heeft in driekwart van de Nederlandse ziekenhuizen. Waren de leden in het verleden veelal alleen of met een enkele collega werkend binnen een interne maatschap, nu zijn de teamverbanden vaak beduidend groter, soms in zelfstandige maatschappen. Illustratief is dat in dezelfde periode het 400^{ste} lid zich heeft aangemeld. Het betrof Kenneth Ocran, MDL-arts van Duitse origine en gevestigd in het VieCuri Ziekenhuis in Venlo. We verwelkomen hem zeer binnen onze vereniging en wensen hem een uitstekende carrière in de Nederlandse MDL-wereld.

Onze ambitie is goed neergelegd in een beleidsplan, dat recent breed is verzonden, onder andere naar alle ziekenhuisdirecties, zorgverzekeraars, en betrokken overheidsinstanties. De genoemde 400 geregistreerde MDL-artsen en aio's vormen een mooi aantal, maar nog altijd ruim onvoldoende voor het leveren van adequate MDL-zorg in Nederland. En daarmee doel ik dan niet specifiek op het verrichten van basale diagnostische endoscopieën, maar op MDL-zorg in de volle breedte, op een niveau zoals zich dat in de afgelopen twintig jaar heeft ontwikkeld. Die ontwikkeling is niet tot stilstand gekomen. Sterker zelfs, het tempo neemt alleen maar verder toe: van hepatologie tot IBD, van endoscopie tot GE-oncologie en van motiliteit tot pancreas- en galwegaandoeningen. De groei van MDL-samenwerkingsverbanden en MDL-zorg leidt al op veel plaatsen tot deelgebieters binnen ons vak.

Al deze ontwikkelingen vragen om een uitbreiding van de instroom in de opleiding. Voor 2009 heeft de overheid gelukkig voor het eerst sinds een aantal jaren weer een dergelijke toename ingepland, van 16 naar 29 aio's. Dit aantal is volgens de Nivelberekening nog altijd veel te weinig, eens te meer na de dip van de afgelopen jaren. Toch is het een start van wat een verdere uitbreiding moet worden. Wat u eraan kunt doen? Op alle mogelijke manieren duidelijk maken wat de behoefte aan MDL-artsen in uw eigen praktijk voor de komende jaren zal zijn, adverteren zodra er een vacature is, uw directies signalen laten afgeven aan bijvoorbeeld de NVZ, en iedere andere methode aangrijpen om de behoefte aan MDL-artsen over het voetlicht te brengen. Het bestuur van onze vereniging zal u in datzelfde kader benaderen met een enquête. Gezien het belang hopen we op 100% deelname. Dat onze gemeenschappelijke inspanningen zo snel mogelijk mogen leiden tot het 500^{ste} lid!

Was getekend,

Ernst Kuipers



Nieuwe coloscopie-imagingtechnieken

Het opsporen en verwijderen van adenomateuze poliepen tijdens coloscopie voorkomt de ontwikkeling van darmkanker. Standaardcoloscopie heeft echter twee onvolkomenheden. Tijdens coloscopie wordt een aanzienlijk aantal adenomen gemist, wat tot intervalcarcinomen kan leiden. Ook worden veel hyperplastische poliepen verwijderd, wat tot complicaties kan leiden.

Op de afdeling Endoscopie in het AMC in Amsterdam wordt daarom sinds een aantal jaren onderzoek gedaan naar nieuwe coloscopie-imagingtechnieken, zoals *autofluorescentie imaging* (AFI), *narrow band imaging* (NBI) en *confocale fluorescentiemicroscopie* (CFM). Deze technieken proberen de opsporing van adenomen te verbeteren en onderscheid te maken tussen hyperplastische en adenomateuze poliepen.

Opsporen van adenomen

Narrow band imaging

NBI is een relatief nieuwe endoscopietechniek, die gebruikmaakt van de verschillende eigenschappen van licht. Het basisprincipe van NBI is dat voornamelijk blauw licht wordt gebruikt. Deze kleur dringt minder diep door in het darmslijmvlies en wordt vooral geabsorbeerd door hemoglobine, waardoor enerzijds de patronen van het slijmvlies en anderzijds kleine bloedvaten beter zichtbaar worden. Tot op heden zijn er drie gerandomiseerde studies (in totaal 1073 patiënten) gepubliceerd waarin NBI werd vergeleken met witlicht-coloscopie voor het opsporen van adenomen. De gepoolde resultaten van deze studies laten zien dat NBI géén verbetering geeft wat betreft het aantal opgespoorde adenomen: met NBI werd bij 44% van de patiënten adenomen gevonden en met wit licht bij 41% (OR 1,19 (0,86–1,64)). Het totale aantal opgespoorde adenomen bij deze patiënten was 571 voor NBI versus 512 voor wit licht (RR 1,23 (0,93–1,61)).

Autofluorescentie-imaging

Ook tijdens AFI wordt gebruikgemaakt van blauw licht. Echter: AFI maakt gebruik van het fenomeen dat ieder weefseltype in het

lichaam fluorescentielicht maakt wanneer het met blauw licht wordt beschenen. Aangezien dit zogenaamde autofluorescentielicht voor adenomen anders is dan voor hyperplastische poliepen of normaal colonslijmvlies, leidt AFI tot verbeterd contrast op basis van kleurverschillen (*zie afbeelding*). In het AMC is een gerandomiseerde studie (100 patiënten) gedaan naar het nut van AFI voor het opsporen van colon-adenomen. Met AFI werden bij 26% van de patiënten adenomen gevonden en met wit licht bij 34% ($p=0,383$). Het totale aantal opgespoorde adenomen was 32 vs 36 ($p=0,430$).

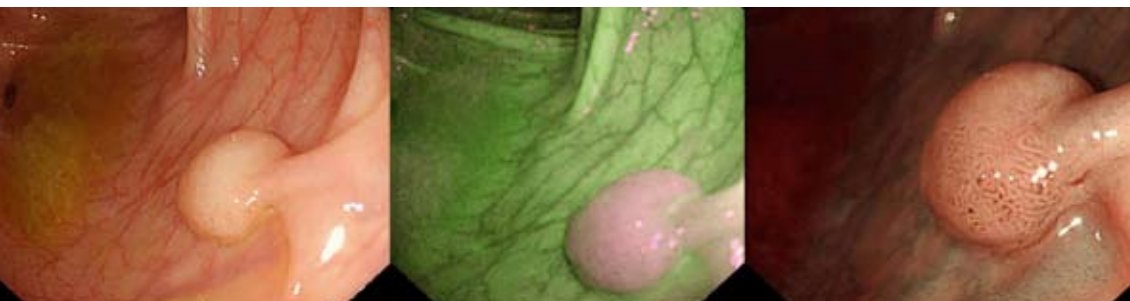
Voor zowel NBI als AFI is dus geen voordeel aangetoond wat betreft het opsporen van adenomen. Een reden hiervoor kan zijn, dat beide technieken slechts het contrast tussen adenomen en normaal slijmvlies verhogen, maar dat dit geen invloed heeft op het missen van adenomen die achter plooien liggen. Daarnaast hebben beide *imaging*technieken juist meer last van ontlasting die is achtergebleven. Een goede colonvoorbereiding en technieken die de zichtbare oppervlakte van het colon vergroten (*wide angle*-coloscopie of coloscopie met een *cap*) zouden wel tot een verbeterde detectie kunnen leiden.

Onderscheid tussen adenomen en hyperplastische poliepen

Narrow band imaging en autofluorescentie-imaging

Zowel NBI als AFI kunnen worden gebruikt om tijdens de coloscopie onderscheid te maken tussen adenomen en hyperplastische poliepen. Tijdens NBI wordt het oppervlakkige pitpatroon van de poliep zichtbaar, dat kan worden gebruikt om dit onderscheid te maken door middel van Kudo-classificatie. Bij AFI wordt de kleur van de poliep gebruikt om onderscheid te maken: paarse poliepen zijn adenomateus en groene hyperplastisch.

Onderzoek in het AMC heeft laten zien, dat de diagnostische nauwkeurigheid (mate van overeenstemming tussen de coloscopie-*imaging*techniek en de daadwerkelijke pathologie-uitslag van de poliep) voor NBI 79% was, terwijl die voor AFI 63% was ($p<0,001$). Het gecombineerde gebruik van AFI én NBI voor het



Tubulair adenoom tijdens standaardcoloscopie (links), autofluorescentie-endoscopie (midden) en *narrow band imaging* (rechts). Tijdens autofluorescentie-endoscopie wordt adenomateus weefsel paars en normale mucosa groen, waardoor het contrast tussen de poliep en het normale weefsel groter wordt. Tijdens *narrow band imaging* is vooral het pitpatroon (Kudo type III-L, passend bij tubulair adenoom) duidelijker te zien.

MDL-artsen, IGZ, NVZ en het Capaciteitsorgaan

We zien MDL-artsen doorschuiven van kleine naar grotere ziekenhuizen. Opvallend is dat ziekenhuizen met 'doorschuivers' praten die met twee tot vier ziekenhuizen in gesprek zijn. In Noord-Holland zijn nu al minimaal twaalf MDL-vacatures. Op de achterkant van *MAGMA* hebben we Drenthe gehad met acht vacatures in de komende jaren. Den Haag met nu vijf à zes vacatures is intrigerend: de wachttijden voor een huisarts-scopie lopen daar op tot acht weken. Duitsers komen binnen, maar de instroom blijft (te) laag. De bereikbaarheid van MDL-zorg is steeds meer *im Frage*. Het aantal vacatures MDL groeit veel sneller dan het aanbod. Er zijn daarnaast 50 MDL-artsen extra nodig binnen vier jaar in verband met pensionering. Het aantal vacatures loopt op tot 67. Op elke vierde MDL-er bestaat nu een vacature. In september 2004 passeerden we bij 212 MDL-artsen voor het eerst de 25 openstaande vacatures; nu koersen we af op 75 MDL-vacatures. De toegankelijkheid van MDL-zorg staat onder spanning. De vraag is hoe de Inspectie (IGZ) dit beoordeelt. De IGZ is ingelicht en u kunt als MDL-arts c.q. maatschap uw zorgen, zo u wilt, kenbaar maken (loket@igz.nl). Mevrouw Gallé, directeur van de NVZ vereniging van ziekenhuizen, zal moeten worden geïnformeerd over de MDL door u en uw directies. Het Capaciteitsorgaan en de WOK lijken niet voldoende overtuigd van ons probleem: men zet ons voor 2009 op 29 instromers. In 2025 zijn er 25% meer artsen nodig dan nu; door de vergrijzing en door parttime werken (NIVEL mei 2008). De vrouw is in opmars. In 2000 was 26% van de huisartsen en specialisten vrouw, nu is dat 33% en in het jaar 2025 zal dat toenemen tot 55%. Het NIVEL berekende dat tot 2015 ongeveer 17% meer huisartsen en specialisten nodig zijn. Indien we deze getallen op de MDL betrekken, moeten we vóór 2015 nog 60 extra MDL-artsen opleiden. Daarnaast zijn hier en daar nog artsen i.o. nodig, die al twee jaar vooropleiding Interne hebben gedaan.

Chris Mulder



onderscheiden van adenomen en hyperplastische poliepen had een nauwkeurigheid van 84% ($p=0,064$ ten opzichte van NBI alléén).

Confocale fluorescentiemicroscopie

Aangezien technieken zoals NBI en AFI onvoldoende nauwkeurig zijn in het onderscheiden van poliepen (bij gelijktijdig gebruik van AFI en NBI wordt nog steeds 16% van de poliepen fout geclassificeerd), wordt gezocht naar nieuwere en nauwkeurigere methoden. In het AMC wordt sinds kort onderzoek gedaan naar confocale fluorescentiemicroscopie (CFM). Hierbij wordt een speciale mini-*probe* opgevoerd door het werkkanaal van de endoscoop en tegen de poliep geplaatst. Op de monitor wordt vervolgens microscopisch beeld verkregen van de poliep. Om contrast te krijgen tussen epitheel, *lamina propria* en bloedvaten (vergelijkbaar met de standaard hematoxyline- en eosinekleuring van de patholoog), wordt intraveneus *fluoresceïne* geïnjecteerd.

In twee buitenlandse onderzoeken is aangetoond, dat *real time* histologisch onderzoek met behulp van CFM een diagnostische nauwkeurigheid heeft van >99% voor het onderscheiden van adenomen en hyperplastische poliepen. In het AMC wordt momenteel onderzocht of deze resultaten kunnen worden geëvenaard.

Frank van den Broek, Evelien Dekker, Paul Fockens
Afdeling MDL, AMC, Universiteit van Amsterdam

Endosonografie nader bekeken: toepassing en kwaliteitsborging

Na een stormachtige introductie en periode van ontwikkeling heeft de endosonografie (ook wel genoemd: endoscopische ultrasonografie, afgekort EUS) zich een vaste plaats verworven binnen het arsenaal van endoscopische onderzoeksmethoden. Het toepassingsgebied is breed. Een belangrijke indicatie betreft de evaluatie en stadiëring van het oesophaguscarinoom. EUS leent zich daarnaast uitstekend voor differentiatie en typering van submucosale laesies in de *tractus digestivus*-wand. Het pancreas kan endosonografisch goed worden gevisualiseerd en onderzocht op tekenen van vroege chronische pancreatitis. Pancreastumoren kunnen worden aangetoond en gestadieerd. EUS is bovendien een zeer gevoelige techniek om occulte choledocholithiasis op het spoor te komen bij patiënten met een verdenking op biliaire pancreatitis. Op deze wijze kan een invasieve ERCP met papillotomie worden voorkomen in geval van een reeds gepasseerde galwegsteen. Endosonografie wordt ook toegepast om anale sphincterdefecten aan te tonen alsmede bij de diagnostiek en stadiëring van rectale tumoren. Behalve deze gastro-enterologische indicaties bestaat er ook een groot toepassingsgebied op het terrein van de pulmonologie in de diagnostiek en stadiëring van het longcarcinoom en de evaluatie van vergrote mediastinale klieren.

Diagnose en/of interventie

Zoals het geval is geweest met vele toepassingen binnen de endoscopie, voltrekt zich ook binnen de endosonografie een ontwikkeling waarbij de pure niet-interventionele diagnostische endosonografische onderzoeken langzamerhand worden verdrongen door ingrepen waarbij verscheidene vormen van interventies worden uitgevoerd. Hierbij kan men denken aan het verkrijgen van een weefsel diagnose door middel van *fine needle aspiration* (FNA) uit lymfklieren en diepgelegen weefsel of tumoren, maar ook aan *fine needle injection* (FNI) met als voorbeelden directe inspuiting van alcohol ter plaatse van de *plexus coeliacus* bij patiënten met ernstige oncologische pijn of directe EUS-geleide inspuiting van nieuw ontwikkelde (eventueel genetisch gemodificeerde) oncostatische of oncolytische medicijnen. Hoewel dit laatste indicatiegebied op dit moment allesbehalve *mainstream* is, zullen zich op dit terrein de komende jaren ongetwijfeld veel ontwikkelingen voordoen. Ook vinden technologische endosonografische innovaties plaats, zoals de toepassing van elastografie en het gebruik van contrast-agentia om de vasculaire karakteristieken van een verdachte laesie beter af te beelden. De toekomst zal uitwijzen of deze technieken zich een vaste plaats weten te veroveren binnen de klinische applicatie van de endosonografie.

Capaciteit en kwaliteit

Vaak ontstaat bij de introductie van een nieuwe techniek een groot enthousiasme, met name als deze techniek interventionele uitdagingen biedt. Het risico bestaat dat een dergelijke techniek wordt omarmd zonder dat nadrukkelijk wordt nagedacht over capaciteitsplanning. Toch is juist dit van vitaal belang. Met als centrale vraag: hoeveel potentiële patiënten zijn er die deze nieuwe, dure en gecompliceerde onderzoekstechniek moeten ondergaan? Op het antwoord op deze vraag volgt automatisch een aantal overwegingen zoals: hoeveel centra moeten deze techniek aanbieden, hoeveel MDL-artsen moeten de techniek beheersen en hoeveel assistenten moeten per jaar worden opgeleid? Het totaal van landelijk beschikbare endosonografisten staat in een rechtstreekse relatie tot de afweging hoeveel EUS-onderzoekingen men per week of maand moet verrichten om kwalitatief hoogwaardig werk te (blijven) leveren. Het moge duidelijk zijn dat twee EUS-onderzoekingen per week, noch vanuit een kwalitatief gezichtspunt, noch vanuit het perspectief van kosteneffectiviteit, aantrekkelijk lijkt. Twaalf EUS-onderzoekingen per week, te verrichten door twee MDL-artsen, lijkt daarentegen een reëel scenario.

Waar nu precies het omslagpunt ligt voor kwalitatief hoogwaardige zorgverlening, is moeilijk aan te geven. Dit zal niet alleen variëren van MDL-arts tot MDL-arts, maar ook sterk afhankelijk zijn van het type patiënten dat zich in een specifieke kliniek aanbiedt alsmede de indicatiestelling tot het verrichten van een EUS-onderzoek. Dit maakt het doen van een steekhoudende uitspraak hierover niet makkelijk. Opmerkelijk genoeg is er heel weinig onderzoek gedaan met betrekking tot het aantal EUS-onderzoeken dat nodig is om een bepaalde kwaliteitsstandaard te behalen (en te behouden!). In een Amerikaans onderzoek gepubliceerd in 2006 bleek, dat de meerderheid van de assistenten in centra met EUS-faciliteiten, zowel tijdens hun reguliere opleiding als tijdens speciale stages, minder endosonografische onderzoeken verrichten dan wenselijk wordt geacht door de ASGE (*American Society of Gastrointestinal Endoscopy*). Een belangrijk probleem hierbij is het intensieve karakter van *EUS-hands-on-training* in relatie tot de beperkte beschikbaarheid van opleidingsplekken. Centra die EUS-training aanbieden, moeten de opleiding niet alleen structureren, maar ook bij voortduring her-evalueren en waar nodig de scholingspraktijk (individueel) aanpassen. Alleen op deze wijze kan de kwaliteit van endosonografische onderzoeken verricht binnen Nederlandse ziekenhuizen worden gewaarborgd.

Marco Bruno, Erasmus MC, Rotterdam

Enteroscopie: een nieuwe uitdaging voor de MDL-arts

Met de introductie in 2003 van de dubbelballon-enteroscopie (DBE) en recent de singleballon-enteroscopie (SBE) is de dunne darm eenvoudig toegankelijk geworden voor endoscopische beoordeling en therapie. In Nederland beschikken op dit moment ongeveer vijftien centra over de DBE en/of SBE.

Indicaties voor enteroscopie

Verdenking van chronisch occult bloedverlies in de dunne darm is een van de eerste en algemeen geaccepteerde indicaties voor enteroscopie. Met DBE kan in 70–79% van deze patiënten de bloedingsbron worden geïdentificeerd en merendeels ook behandeld. De meest gevonden afwijkingen zijn: arterioveneuze malformaties (AVM's) 34–89%, ulceratieve laesies 16–40% en poliepen/tumoren 13–20%. Endoscopische interventies kunnen worden uitgevoerd in ruim 40% van deze patiënten. Opvallend is, dat er tot nu toe weinig of geen bewijs is met betrekking tot de klinische impact van diagnostiek en behandeling van AVM's in de dunne darm. De inzet van enteroscopie bij acute of overte dunnedarmbloedingen is een onderwerp van discussie. Onze ervaring is dat met een primaire enteroscopie bij deze patiënten in veel gevallen een diagnose kan worden gesteld en direct therapie kan worden verricht. Enteroscopie wordt ook ingezet bij patiënten met het Peutz-Jehger (PJ)-syndroom. Zo kan de dunne darm endoscopisch worden gecontroleerd en kan in veel gevallen chirurgische interventie achterwege blijven.

De ziekte van Crohn manifesteert zich in 60–70% van de gevallen uitsluitend of mede in de dunne darm. In geselecteerde patiënten met een bekende ziekte van Crohn met verdenking op dunne darmactiviteit wordt met behulp van DBE in 60–65% van de gevallen solitaire dunnedarmactiviteit gevonden. Een belangrijk onderdeel in deze patiëntengroep is de mogelijkheid tot therapeutische interventie: dilatatie van stenose(s) waardoor (herhaaldelijke) chirurgie meestal achterwege kan blijven. Verder lijkt enteroscopie



Actieve Morbus Crohn
mid-jejunum

Tabel 1 – Indicaties enteroscopie

Regulier

- IJzerebreksanemie (verdenking bron dunne darm)
- Peutz-Jeghersyndroom (endoscopische surveillance)
- Dilatatie stenose(s) bij morbus Crohn
- ERCP-procedures bij Roux-en-Y en BII-anastomoses

Veelbelovend, onderzoeksetting

- Morbus Crohn (verdenking activiteit dunne darm)
- Refractaire coeliakie

Toekomst

- Endo-echografie afwijkingen dunne darm
- NOTES via dunne darm

een rol te kunnen spelen bij verdenking van refractaire coeliakie. Recent werden enkele series gepubliceerd over ERCP-interventies met behulp van DBE bij patiënten met een Roux-en-Y-anastomose of status na Bilroth I-maagsectie met goede resultaten. De therapeutische mogelijkheden van enteroscopie lijken vooralsnog onbegrensd: endoscopische hemostase, poliepectomie, dilatatie en markering van afwijkingen ten behoeve van chirurg of radiotherapeut (met inkt, lipiodol of clips) behoren tot de mogelijkheden. Recent werd echo-endografie van dunnedarmafwijkingen beschreven met behulp van enteroscopie. *Natural orifice transluminal endoscopic surgery* (NOTES) via de dunne darm met behulp van enteroscopie is een mogelijke uitbreiding van deze techniek (zie pag. 56).

Complicaties

De meest voorkomende complicatie na diagnostische DBE is acute pancreatitis (0,3%). Als mogelijke oorzaken worden genoemd: ballongelateerde irritatie/compressie van de papil van Vater en/of de mechanische tractie/frictie van het pancreas. Aanpassing van de insertietechniek (inflatie van de ballon(nen) na passage van het ligament van Treitz) lijkt de incidentie van deze complicatie te verlagen. De complicaties van therapeutische DBE-interventies liggen hoger dan bij de therapeutische colonoscopie (4,3 versus 2,0%). Het complicatieprofiel van SBE is vooralsnog onbekend.

Conclusie

De enteroscopie (met DBE en SBE als twee verschillende technieken) heeft een evidente plaats veroverd op de MDL-afdeling. Met name de klinische problemen onverklaarde (ijzerebreks)anemie en het PJ-syndroom zijn algemeen geaccepteerde indicaties. De mogelijkheden van enteroscopie bij patiënten met een overte dunnedarmbloeding, de ziekte van Crohn en (refractaire) coeliakie lijken veelbelovend en zullen de komende tijd duidelijk worden.

Peter B.F. Mensink, Erasmus MC, Rotterdam

NOTES 2008: zijn onze hoge verwachtingen bevestigd?

Precies een jaar geleden verscheen in MAGMA een artikel over een fascinerende nieuwe ontwikkeling binnen de endoscopie, genaamd NOTES (*Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery*). De ontwikkeling van NOTES bevond zich toen in een uiterst pril stadium en de verwachtingen waren hooggespannen. Logischerwijs rijst een jaar later de vraag: hoe is het nu gesteld met NOTES?

Sluitingstechnieken

In het afgelopen jaar heeft het NOTES-team van het AMC, bestaande uit MDL-arts Paul Fockens, de chirurgen Willem Bemelman en Mark van Berge Henegouwen en arts-onderzoeker Rogier Voermans, zich in eerste instantie gericht op de meest fundamentele stap binnen een NOTES-procedure: het adequaat sluiten van de toegangsincisie tot de peritoneaalholte. In samenwerking met de Technische Universiteit Delft is een experimentele set-up ontwikkeld waarin zeven verschillende NOTES-sluitingstechnieken zijn geëvalueerd en vergeleken. Dit leverde zowel verrassende als zeer nuttige resultaten op. In het kort bleken vier van de geïncludeerde NOTES-sluitingstechnieken vergelijkbaar met een chirurgische sluiting (gouden standaard) van een maagincisie. De twee meestbelovende sluitingstechnieken worden momenteel verder getest in dierexperimenten. Mocht dit stadium naar volle tevredenheid worden afgerond, dan kan de beste techniek worden geëxtrapoleerd naar een humane pilotstudie.



Diagnostiek

Een tweede belangrijk onderzoekslijn betreft de potentiële indicaties voor NOTES-procedures. Zoals een jaar geleden al werd gesteld, is het belangrijk om het onderzoek eerst te richten op de relatief 'eenvoudige' procedures, dat wil zeggen: diagnostiek. Als daar substantiële vooruitgang kan worden geboekt, dan is wellicht de volgende stap naar therapie mogelijk. Inmiddels is door meerdere groepen uit de gehele wereld bewezen dat het mogelijk is om bij proefdieren met een endoscoop via een gat in de maag of het colon de verschillende buikorganen te visualiseren. Maar voordat een NOTES-diagnostische peritoneoscopie een volwaardig alternatief zou kunnen zijn voor de diagnostische laparoscopie, zal eerst moeten worden bewezen dat deze minstens zo accuraat is in het detecteren van uitzaaiingen in de buikholte. In samenwerking met een Amerikaanse chirurg en MDL-arts is een diermodel ontwikkeld waarin we uitzaaiingen hebben nagebootst door kleine kraaltjes te plaatsen in de vrije buikholte. In dit model hebben we vervolgens de NOTES-peritoneoscopie via een maagincisie en de diagnostische laparoscopie vergeleken door te kijken hoeveel kralen (uitzaaiingen) door beide technieken konden worden gedetecteerd en gebiopteerd. Hoewel de NOTES-benadering resulteerde in een significant mindere score dan de laparoscopie, waren de resultaten leerzaam en veelbelovend. Het bleek dat met name kralen op de lever regelmatig werden gemist tijdens een NOTES-peritoneoscopie. Mogelijk komt dit door de moeilijkheid van het werken in retroflexie via de benadering vanuit de maag. De verwachting is dat met de huidige ontwikkeling van endoscopen en geavanceerde endoscopische instrumentaria de NOTES-peritoneoscopie in de nabije toekomst gelijkwaardig zou kunnen zijn.

Conclusie

Terugkomend op de vraag hoe het nu gesteld is met de verwachtingen omtrent NOTES, lijkt de hype van een jaar geleden tot iets normalere proporties te zijn teruggebracht. Ondanks de vele vorderingen die er in het afgelopen jaar zijn gemaakt, staat NOTES nog altijd in de kinderschoenen. Een veilige en adequate endoscopische sluitingstechniek van de toegangsincisie is vooralsnog de grootste beperkende factor. Mocht deze barrière met succes worden overwonnen, zou de ontwikkeling van NOTES wel eens zeer snel kunnen gaan. Misschien volgend jaar?

Rogier Voermans, Mark van Berge Henegouwen,
Willem Bemelman, Paul Fockens – AMC Amsterdam

Magnetic resonance enteroclyse: radiologisch onderzoek bij aandoeningen van de dunne darm

In de laatste vijf jaar hebben zich belangrijke ontwikkelingen op het gebied van dunnedarm-endoscopie voorgedaan. Videocapsule-endoscopie (VCE) maakt minimaal invasieve beoordeling van de dunne darm mogelijk. Dubbelballon-endoscopie (DBE) is weliswaar veel ingrijpender, maar heeft het grote voordeel dat het nemen van bipten en het verrichten van ingrepen mogelijk zijn. Beide onderzoeken hebben in het VUmc een grote vlucht genomen. Wekelijks worden er circa tien VCE-onderzoeken en evenzoveel DBE-onderzoeken verricht.

Bij patiënten met een mogelijke dunnedarmbloeding wordt meestal geprobeerd een VCE-onderzoek voorafgaand aan de DBE te verrichten. Dit heeft als grote voordeel dat indien de locatie van een bloeding is vastgesteld, de endoscopist de ideale route voor DBE kan kiezen. VCE geeft echter alleen informatie over afwijkingen die zich in het lumen van de wand bevinden. Daarnaast is bij ruim 80% van alle patiënten de batterij van de capsule leeg vóórdat de gehele dunne darm is afgebeeld. Ook is het vaak lastig om de grootte van afwijkingen in te schatten, en bestaat de kans dat de capsule op een stenose vastloopt. Dit laatste is met name een probleem bij patiënten met de ziekte van Crohn.

Radiologische technieken

Nadeel van veel radiologische technieken om de dunne darm in kaart te brengen (zoals de dunnedarmpassagefoto of CT-scan) is, dat ze de patiënt blootstellen aan potentieel schadelijke röntgenstralen. Vooral bij jonge patiënten die frequent worden onderzocht, kan dit een verhoogde kans op kanker geven. Dit speelt in ieder geval bij patiënten met de ziekte van Crohn.

MR-enteroclyse

Een relatief nieuwe mogelijkheid om de darm te onderzoeken, is MRI. De hardware en software staan tegenwoordig zeer snelle beeldverwerking toe, waardoor ook een beweeglijk orgaan als de dunne darm goed is af te beelden (*afbeelding 1*). Essentieel is dan wel dat de darm goed is gevuld. Dit kan door de patiënt een grote hoeveelheid contrastermiddel te laten drinken (MR-enterografie) of dit via een neus-sonde toe te dienen (MR-enteroclyse). Een voordeel van de laatstgenoemde – maar natuurlijk meer invasieve – methode is, dat de vulling van de darm meer homogeen is, waardoor ook aan het eind van de darm subtiele afwijkingen zichtbaar kunnen worden. Wij verrichten het MRI-onderzoek met sonde, zodat we zeker zijn dat ook subtiele darmvlooi-afwijkingen, zoals bijvoorbeeld bij coeliakie, zichtbaar zijn. MR-enteroclyse lijkt een zeer gevoelig onderzoek om dunnedarmtumoren (zowel goed- als kwaadaardig) af te beelden. Daarnaast is het met MR-enteroclyse mogelijk om doorgroei door de darmwand, lymfkliermetastasen en afstandsmetastasen te beoordelen (*afbeelding 2*). MR-enteroclyse is betrouwbaar in het onderscheid tussen benigne en maligne tumoren. Bij patiënten met polyposissyndromen zijn poliepen vanaf circa 4 mm goed te zien. Zeker gezien het ontbreken van

röntgenstralen zou dit onderzoek dus een geschikt middel kunnen blijken om de geadviseerde tweejaarlijkse dunnedarmcontrole bij patiënten met bijvoorbeeld Peutz-Jeghersyndroom uit te voeren. Er is veel onderzoek verricht naar MRI (met of zonder sonde) bij patiënten met de ziekte van Crohn. In tegenstelling tot endoscopie kan met MRI ook transmurale ontsteking worden beoordeeld. De bevindingen lijken goed te correleren met klinische en histologische scoresystemen. De toediening van een intraveneus contrastmiddel is meestal wel nodig.

Een kleine studie verricht naar de waarde van MR-enteroclyse bij patiënten met refractaire coeliakie laat zien, dat bepaalde afwijkingen – zoals omkering van het normale plooi- patroon, vetinfiltratie en wandverdikking – vaker worden gezien bij coeliakiepatiënten met een verhoogd risico op het ontwikkelen van een lymfoom. MR-enteroclyse kan zo van dienst zijn bij het selecteren van patiënten bij wie DBE moet worden verricht. Daarnaast geeft het inzicht in de locatie van de afwijking, waardoor de optimale DBE-route kan worden gekozen. Bijkomend voordeel is dat op deze manier de schaarse beschikbaarheid van DBE optimaal kan worden gebruikt. Toekomstig onderzoek zal zich onder andere richten op MR-enteroclyse als *one stop*-onderzoek bij Peutz-Jeghersyndroom en als follow-up van refractaire coeliakie en lymfomen alsmede op de wijze van toediening van darmcontrast.

Stijn van Weyenberg, Jan Hein van Waesberghe
Afdelingen MDL en Radiologie, VUmc, Amsterdam

Afbeelding 1:

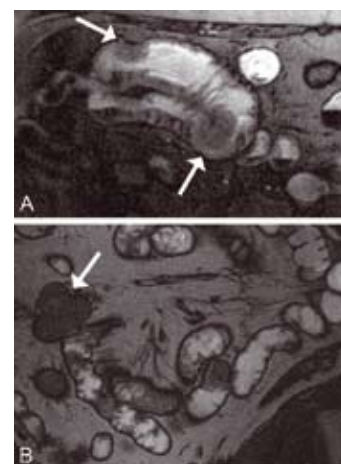
MRE van de normale dunne darm. Het contrast is homogeen verdeeld, waardoor de gehele dunne darm is gevuld. Hierdoor zijn de plooiën goed te beoordelen.

Afbeelding 2:

- MRE van twee neuro-endocriene tumoren (pijltjes).
- Op een andere doorsnede is een duidelijk vergrote lymfklier te zien. Deze bleek inderdaad maligne cellen te bevatten.



Afbeelding 1



Afbeelding 2

Noorden

Antoine Flierman (UMCG) start in juni 2009 in Zwolle als 7^e MDL-arts. De combinatie Delfzijl/Winschoten zoekt al langer 1 MDL-arts voor Delfzicht en binnen twee jaar 1 MDL-arts voor het Lucas. Enschede praat met kandidaten en hoopt op de komst van een 6^e MDL-arts; een 7^e moet erbij in 2009. De MDL UMCG zoekt nog steeds een hepatologisch hoogleraar. Drenthe denkt na over ZBC's om continuïteit van zorg te verzekeren. Friesland profileert zich in december op de achterkant van *MAGMA*.

Oosten

De MDL van Apeldoorn stroomt snel leeg, men zoekt minimaal 3 MDL-artsen. Marleen Willemsen (AZU) start als 3^e MDL-arts (oktober 2008) in Harderwijk als opvolgster van Johan Tielen, die in Gouda is gestart als 3^e MDL-arts. Richard de Vries verlaat Arnhem na 25 jaar. Hij gaat naar de Interne Kliniek van het UMCG voor onderwijs en management. De MDL-groep in Rijnstate zoekt nu zelfs 3 nieuwe collegae.

Midden

Woerden mag zijn 1^e MDL-arts aantrekken.

Zuiden

Bas van Balkom (AZM) start mei 2009 als 3^e MDL-arts in Oss/Veghel. Het CWZ (Nijmegen) praat met kandidaten voor een 4^e MDL-arts. Ivar Harkema (UMCG) start begin 2009 als 3^e MDL-arts in Breda. Ze zoeken minimaal nog 2 MDL-artsen. De nood in Breda is hoog, ze adverteren voor een internist die gangbare scopische technieken beheerst. Breda heeft bij 20 internisten en 2 MDL-artsen. Na het vertrek van Jan van Hattem zoekt Gorinchem een 2^e MDL-arts. Heerlen mag zijn 7^e maat voor de MDL aantrekken, liefst met uitgesproken hepatologische expertise. Den Bosch heeft nu, eerder dan verwacht, een extra MDL-arts nodig. Ze zoeken in 2009–2010 nog 2 extra MDL-artsen. Wouter Stuijbergen uit het St. Elisabeth in Tilburg zou al met pensioen zijn, hij gaat door. Men zoekt voor 2010 een opvolger. In Goes gaan dit en volgend jaar collega Drenth en Te Winkel, scopierende internisten, met pensioen; ze zoeken 2 MDL-artsen.

Westen

In het OLVG start waarschijnlijk een gepromoveerde 'doorschuiver' uit een kleiner ziekenhuis als 5^e MDL-arts. In Alkmaar start Michael Klempt uit Hoorn als 5^e MDL-arts. Alkmaar hoopt medio 2009 zijn 6^e MDL-arts aan te trekken. Hoorn zocht al een opvolger voor Jelle de Boer, gastro-enterologisch internist, en moet nu op zoek naar 2 MDL-artsen. Bronovo in Den Haag zoekt zijn 2^e MDL-arts en bij parttime vut van Max Schrijver, gastro-enterologisch internist, een 3^e. Robert Verburg (UMCU) komt in de zomer van 2009 naar Ziekenhuis Haaglanden als 5^e MDL-arts, ze zoeken nog een 6^e MDL-arts. Het HagaZiekenhuis met 4 MDL-artsen en MDL-opleiding zoekt al lang zijn 5^e en, in verband met pensionering van Remco van de Boomgaard, 1 fte begin 2009. Gezien hun adherentie en het feit dat ze een MDL-opleiding hebben, liggen 7 fte in de lijn der verwachting. Het Kennemer Gasthuis in Haarlem wil zijn 6^e MDL-arts aantrekken. Het Spaarne Ziekenhuis in Hoofddorp (4 MDL-artsen) is op zoek naar een opvolger van Jan Meijer en zoekt nu ook in Duitsland.

Er zijn nu 295 geregistreerde MDL-artsen, waarvan 289 lid van ons Genootschap. Onze nummer 300 komt vrijwel zeker uit het AMC en registreert zich in februari/maart 2009.

Chris Mulder

NAFLD-onderzoek in Amsterdam

De groeiende prevalentie van obesitas (15% van de bevolking) leidt tot een toename van medische consumptie ten gevolge van aandoeningen van het bewegingsapparaat, hart- en vaatstelsel en ontstaan van het metabool syndroom (MS). Bij patiënten met MS wordt vaak leververvetting gezien in de afwezigheid van overmatig alcoholgebruik (*non-alcoholic fatty liver disease* = NAFLD). In een geselecteerde patiëntenpopulatie (5%) ontstaat een leverontsteking (*non-alcoholic steatohepatitis* ofwel NASH) met als potentieel risico levercirrose en hepatocellulair carcinoom.

NASH-polikliniek

In een samenwerking tussen de afdelingen Leverziekten van het VU medisch centrum (VUmc) en Academisch Medisch Centrum (AMC) wordt onderzoek gedaan naar het gebruik van niet-invasieve diagnostische modaliteiten en interventies ter identificatie en behandeling van patiënten met NASH. Mocht u patiënten willen verwijzen voor deelname aan dit onderzoek, neemt u dan contact op met de afdeling Leverziekten van het VUmc: (020) 444 06 13 of sein 6590.

Tim Schreuder, MDL-arts, VUmc
t.schreuder@vumc.nl

Mede namens

Bart Verwer, arts-onderzoeker, en
Karin van Nieuwkerk, MDL-arts,
beiden VUmc
Peter Jansen, MDL-arts, AMC

JAN JANSEN LEGT VOORZITTERSCHAP NEER

Positie NVGE opnieuw bepaald

Tijdens de komende najaarsvergadering treedt prof dr. Jan Jansen af als voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Gastro-Enterologie. In de vijf jaar van zijn voorzitterschap heeft Jansen met zijn bestuur vooral gewerkt aan het opnieuw vormgeven van de vereniging. Aan zijn opvolger prof. dr. Chris Mulder de taak de federatieve NVGE nog meer vaart te geven.

De NVGE is in 1973 opgericht, als een wetenschappelijke vereniging, waarvan de negentien toen actieve maagdarmartsen de kern vormden. Ook andere specialisten, zoals internisten, chirurgen en kinderartsen, konden volwaardig lid worden. De vereniging had een Commissie Maagdarmartsen, die zorg droeg voor de beroepsbelangen van het kleine groepje gastro-enterologen.

Inmiddels is de situatie ingrijpend gewijzigd. Er zijn nu bijna 300 MDL-artsen en nog eens 100 in opleiding. Dat moest wel gevolgen hebben voor de plaatsbepaling van alle betrokken organisaties. De organisatie nieuwe stijl wordt een federatie waarin de NVGE, de Nederlandse Vereniging voor Hepatologie en de Nederlandse Vereniging voor Gastro- Intestinale Chirurgie samenwerken. Mogelijk wordt een nieuw op te richten Nederlandse Vereniging voor Gastro-Intestinale Endoscopie een vierde *founding member*.

De NVGE zal zich vooral richten op die gebieden waar de specialisten elkaar overlappen, op de basale MDL-research en op onderwerpen als IBD, voeding en metabolisme. Een goed voorbeeld van de nieuwe wijze van werken is het gezamenlijke wetenschappelijke programma van de Nederlandse Vereniging voor Hepatologie en de basale onderzoekers tijdens de afgelopen voorjaarsvergadering. Jansen noemt deze uitwisseling 'zeer vruchtbaar' en de postersessies een groot succes.

Jansen: "Wat er in wezen gebeurt, is dat het proces van volledige integratie uit de jaren zeventig wordt teruggedraaid. De specialisten krijgen een duidelijker eigen profiel, waarbij de MDL zich zal concentreren op speerpunten als IBD, oncologie, neurogastro-enterologie en motiliteit, endoscopie en voeding." Jansen verwacht nog voor zijn aftreden het proces zo ver te hebben afgerond, dat het ter besluitvorming aan de leden kan worden voorgelegd. "En dan kan ik met tevredenheid terugkijken."



Darmkanker en obesitas

Bij zijn aantreden zei Jansen, dat de MDL-artsen zich meer moesten profileren op aansprekende ziektebeelden als dikkedarmkanker en obesitas. Voor wat betreft dikkedarmkanker is dat goed gelukt. Er is veel aandacht voor de ziekte en het is een kwestie van tijd voor een landelijk screeningsprogramma op gang is gebracht.

Obesitas is bij nader inzien nog niet echt een 'MDL-ding'. Jansen: "De aanpak is nu multidisciplinair, met veel aandacht voor preventie en afslanken. Maar ik ben er inmiddels van overtuigd geraakt, dat voor morbide obesitas een chirurgische ingreep de enige adequate oplossing is. Voor de MDL-arts zie ik dan vooral taken op het gebied van metabole gevolgen van dergelijke ingrepen en het ontwikkelen van endoscopische behandelingsmogelijkheden."

Verdeelmodel opleidingen heikel punt

Welke medisch specialismen krijgen hoeveel opleidingsplaatsen per jaar? Een heikel punt. Zeker sinds het Ministerie van VWS de zak met geld beheert en uitmaakt wie wat wanneer krijgt. Volgens Paul Frissen, hoogleraar Bestuurskunde aan de Universiteit van Tilburg en bestuursvoorzitter van de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur (NSOB) in Den Haag, lijkt de onvrede over het systeem met de dag te groeien.

Onlangs presenteerde Frissen aan het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) de resultaten van zijn onderzoek naar de verdeling van AIO-opleidingsplaatsen. Daarbij constateerde hij, dat de huidige systematiek niemand bevredigt en op weinig draagvlak kan rekenen. Frissen meent zelfs dat de onvrede met het huidige systeem almaar toeneemt. “De schoen wringt op allerlei plekken. De betrokkenen zitten veel verder dan voorheen van de onderhandelingsafel af. De kans dat partijen vinden dat ze niet voldoende worden gehoord, neemt daardoor aanzienlijk toe. En dat vinden nogal wat partijen.”

De vraag dringt zich op of een nieuw systeem wel nodig was. Frissen: “Tja... De kwaliteit van de gezondheidszorg hangt af van de kwaliteit van de opleidingen. En de overheid vindt dat het daarbij om een publiek belang gaat. In die redenering moet de minister dat belang behartigen. Maar je zou ook kunnen zeggen, dat de betrokken partijen wilden dat de zorgpremies niet te veel zouden stijgen, omdat met die zorgpremies de opleidingen moeten worden betaald. Meer opleidingen betekenen in dat geval hogere premies voor de burgers. Nu de overheid dat regelt, gaat het om belastinggeld en hoeven de verzekeraars de premies niet zo fors te verhogen. Daar zijn veel partijen blij mee.”

Pech gehad

Toch lijkt het huidige systeem verre van ideaal. Frissen: “Het grootste probleem is de schaarste aan middelen. Dit betekent dat de overheid moet bepalen welke opleidingen wat krijgen. Het opleidingsverdeelmodel is daarmee een politiek model geworden. En omdat de middelen schaars zijn, stuit je onvermijdelijk op de situatie dat je niet iedereen tevreden kunt stellen.”

Onderhandelingen zijn in die context van cruciaal belang. Hoe krijg je als medisch specialisme het gewenste aantal opleidingsplaatsen?



FOTO: RENEE FRISSEN

Paul Frissen, hoogleraar Bestuurskunde aan de Universiteit van Tilburg en bestuursvoorzitter van de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur (NSOB): “De perceptie is dat de onvrede over het huidige opleidingsverdeelstelsel is toegenomen.”

“Belanghebbende partijen zullen zich beroepen op historische data, tekorten en toekomstige ontwikkelingen. Wat vervolgens met die gegevens gebeurt, hangt af van het onderhandelingsproces. Groepen die krijgen wat ze willen, zullen de objectiviteit van het systeem prijzen. Partijen die hun wensen niet of onvoldoende in vervulling zien gaan, zullen de eerlijkheid van het systeem in twijfel trekken. Het is bijna inherent aan onderhandelingen dat er winnaars en verliezers zijn.”

Dat belangengroepen data, cijfers en ontwikkelingen gebruiken om opleidingsplaatsen te claimen, ligt volgens Frissen voor de hand. “Je moet iets hebben op basis waarvan VWS kan beslissen. Anderzijds moet de medische wereld ervoor waken, dat ze de werkelijkheid met enkele data denken te kunnen voorspellen en plannen. Daarvoor is die werkelijkheid te complex en grillig. Morgen kan het totaal anders zijn.”

Maar wat als beslissingen worden genomen op basis van verkeerde of verkeerd geïnterpreteerde cijfers? “Ja, dat is zuur. *It's all in the game*. Eigenlijk heb je dan dubbel pech”, aldus Frissen.

Alternatief systeem

Welke systematiek ook wordt gehanteerd, voorop staat dat de mensen voor wie het is bedoeld, er vrede mee kunnen hebben. Dat is iets anders dan dat mensen er altijd succesvol mee zijn. “Mensen kunnen instemmen met de systematiek, ook al krijgen ze niet altijd wat ze willen. Dat is nu niet het geval. De perceptie is dat de onvrede over het huidige opleidingsverdeelstelsel is toegenomen. En percepties zijn nu eenmaal altijd waar. Die toename heeft waarschijnlijk te maken met de centrale rol van het Ministerie van VWS als financieringsinstantie. Daardoor richt alle onvrede zich op één punt. Dat de communicatielijnen met VWS niet altijd kort zijn, maakt het er niet makkelijker op.”

Een en ander heeft ertoe geleid dat Frissen recentelijk is gestart met een nieuwe overlegronde. Betrokken partijen kijken gezamenlijk naar de mogelijkheid van een alternatieve opleidingsystematiek. Dit overlegtraject bevindt zich nog in een pril stadium. De resultaten van het overleg moeten de bouwstenen vormen voor verdere actie van het CBOG.

ADVERTENTIE NYCOMED

Nieuwe mijlpalen in behandeling kinderen met lever- en/of darmfalen

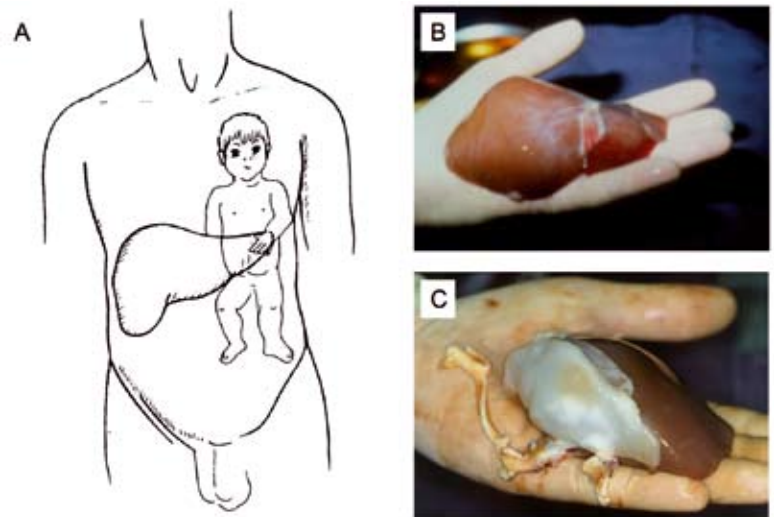
Levertransplantatie is niet meer weg te denken als behandelingsoptie binnen de hepatologie. Toch is het pas twee decennia geleden dat levertransplantatie als behandelingsvorm voor chronische en acute leverziekten breed beschikbaar kwam. Hoewel de eerste poging tot een levertransplantatie al werd gerapporteerd in 1963, duurde het tot 1967 voordat de eerste (langdurig) succesvolle levertransplantatie werd verricht in Denver, Colorado. Het betrof een jongen met galgangatresie. In Nederland zorgden Simon Sluis en Niels van der Heyde voor de primeur in het (destijds: Gemeente, nu:) Rijnstate Ziekenhuis te Arnhem. Ze verrichtten een auxillaire transplantatie bij een kind met galgangatresie.

Levertransplantaties in Groningen

De eerste levertransplantatie in Groningen werd in 1979 uitgevoerd bij een volwassen vrouw. Nadat de eerste ervaringen bij volwassenen waren opgedaan, werd al in 1982 het eerste kind in Groningen getransplanteerd. Binnen enkele jaren werden ook kinderen jonger dan één jaar geaccepteerd voor de wachtlijst en succesvol getransplanteerd. Momenteel worden jaarlijks 15–20 levertransplantaties bij kinderen uitgevoerd in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG). De indicaties voor een levertransplantatie bij kinderen zijn andere dan die bij volwassenen. Ongeveer de helft van de levertransplantaties bij kinderen wordt uitgevoerd in verband met biliaire cirrose ten gevolge van galgangatresie. De andere helft betreft voornamelijk erfelijke stofwisselingsziekten en acuut leverfalen. Hoewel levertransplantaties bij volwassen naast Groningen ook in Rotterdam en Leiden worden uitgevoerd, vinden levertransplantaties bij kinderen alleen plaats in Groningen.

Mijlpalen

De concentratie van deze transplantaties bij kinderen in één centrum heeft recent tot twee nieuwe mijlpalen geleid. De eerste mijlpaal betrof de 300^e levertransplantatie bij een kind die onlangs in het UMCG werd uitgevoerd. Daarmee vormen de kinderen bijna een derde van de meer dan 1000 levertransplantaties in het UMCG. Uiteraard gaat het niet om kwantiteit, maar om kwaliteit. Namelijk in hoeverre een bepaalde behandeling daadwerkelijk langdurige ‘gezondheidswinst’ oplevert. In het UMCG ligt in de afgelopen jaren de éénjaarsoverleving na levertransplantatie bij kinderen boven de 90% en de vijfjaarsoverleving boven de 80%. Enige trots op deze resultaten is wel gepast, aangezien het kinderlevertransplantatieprogramma in Groningen zich hiermee tot de top van Europa



Figuur A: Anatomische verhoudingen tussen een volwassen lever en een kinderlever. Het links laterale deel van een volwassen lever komt overeen met de afmetingen van de lever bij een kind tot ongeveer 15 kg.

Figuur B: Donorlever afkomstig van een kind.

Figuur C: Linker splitlever, verkregen na splitsing van een volwassen lever (segmenten 2 en 3). Het resectievlak is bedekt met een collageenmatje en fibrinelijsm.

mag rekenen. De meerderheid van de getransplanteerde kinderen blijkt na transplantatie ‘normaal’ op te groeien en naar school te gaan. Inmiddels zijn er kinderen die de volwassen leeftijd hebben bereikt. Daarbij zijn ze in staat gebleken deel te nemen aan het normale sociale leven en het arbeidsproces.

Een tweede mijlpaal is de ontwikkeling van een darmtransplantatieprogramma in Groningen. Recent heeft het eerste kind een darmtransplantatie ondergaan in het UMCG. Deze operatie heeft landelijk de aandacht getrokken, vooral omdat het hier een gecombineerde transplantatie betrof van vier organen: lever, pancreas, dunne en dikke darm. Het betrof een vier jaar oude jongen met microvillus inclusion disease, een aangeboren aandoening waarbij de opbouw van de borstelzoom van de enterocyten permanent is verstoord en daarmee de absorptiefunctie van de gehele darm. Leverfalen bij dit kind was het gevolg van jarenlange parenterale voeding. Deze complexe multi-organtransplantatie was niet mogelijk geweest zonder

de opgebouwde, gecombineerde expertise op het gebied van (kinder)lever- en darmtransplantaties in het UMCG. Het succes van deze eerste abdominale multi-organtransplantatie onderstreept het belang van centralisatie van dit soort complexe medische zorg in een klein land als Nederland.

Henkjan J. Verkade en Robert J. Porte, UMC Groningen

Met dank aan dr. P.M.J.G. Peeters voor de foto's.

COELIAKIE

Richtlijn coeliakie en dermatitis herpetiformis

Onlangs is de multidisciplinaire 'Richtlijn voor diagnostiek en behandeling van coeliakie en dermatitis herpetiformis' van het CBO geautoriseerd. Deze richtlijn is voor zover mogelijk gebaseerd op bewijs uit gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek.

Hoofdpunten zijn:

- Coeliakie is een multisysteemziekte, die kan optreden bij erfelijk gepredisponerde mensen die na ingestie van gluten histologische afwijkingen aan de dunne darm ontwikkelen.
- Bij patiënten met 1) symptomen als chronische diarree, gewichtsverlies, malabsorptie, buikpijn, opgezet buik, remsporen in de toiletpot en groeivertraging bij kinderen, 2) presentaties zoals ijzerebreksanemie en/of osteoporose, en/of 3) ziekten, met name auto-immuunaandoeningen, die samenhangen met coeliakie, dient de diagnose coeliakie te worden overwogen. Bij sterke klinische verdenking op coeliakie dient een dunnedarmbiopsie te worden verricht. Ter onderbouwing van de histologische bevinding en/of als uitgangswaarde voor follow-up is het verstandig tevens serologie te laten verrichten.
- Een glutenvrij dieet is voor kinderen en volwassenen de aangewezen behandeling van nieuw gediagnosticeerde coeliakiepatiënten. Bij persisterende klachten kan een geassocieerde lactose-intolerantie worden overwogen. Bij twijfel over herstel na het volgen van een glutenvrij dieet dient een controlebiopsie te worden verricht. Voor kinderen en volwassenen met nieuw gediagnosticeerde coeliakie worden op korte termijn (dat wil zeggen: 6–9 maanden) drie tot vijf consulten door een ter zake deskundige diëtist aanbevolen.

*Namens de werkgroep Coeliakie en Dermatitis Herpetiformis, Chris Mulder, hoogleraar MDL, VU Amsterdam, voorzitter
Hans de Beer, voedingsepidemioloog, Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, Utrecht, secretaris*

COLUMN



BART ELSMAN

Practical joke

De heer V., een 70-jarige dominee, was verwezen door een bevriende dermatoloog. "Hij is de zoon van professor V., die patholoog. Je hebt hem misschien nog wel gekend." Inderdaad herinnerde ik me uit een ver verleden de opvallende verschijning van professor V., die opvallend veel leek op professor Zonnebloem uit Kuifje.

De heer V. had de laatste maanden last van zijn stem, die hem aan het eind van de werkdag in de steek liet. Een KNO-arts had onlangs zijn stembanden geïnspecteerd en geen afwijkingen gevonden. Bovendien had hij last van zuurbranden en bleef het eten zo nu en dan steken. We kwamen een gastroscopie overeen.

"U kijkt toch ook wel goed naar mijn strottenhoofd?" informeerde V. bezorgd. Kennelijk was hij door de KNO-arts nog niet voldoende gerustgesteld en ik beloofde hem deze grensoverschrijdende inspectie. V. bleek zijn hele leven al te lijden aan laryngofobie.

"U heeft mijn vader nog gekend, dat was soms een wat eigenaardige man." Dat leek me zacht uitgedrukt. Professor V. hield van een grapje. Zo had hij eens, terwijl het gezin aan tafel zat voor het avondeten, plotseling een larynx met tumor in sterk water op tafel gezet. Zoon V. had er zijn hele leven angst voor een larynxcarcinoom aan overgehouden.

Ik heb zelf ooit een honderdtal kalfsogen verzameld tijdens een practicum vergelijkende anatomie en die verwerkt in een sinterklaassurprise voor mijn zus, maar dat ging natuurlijk veel minder ver. En dat doet me weer denken aan de varkenstepels en het jubileum van de Vereniging Vrijwillige Brandweer Bloemendaal. Mijn vader was jarenlang voorzitter van deze vereniging. De leden maakten deel uit van de plaatselijke middenstand. Bij de receptie in Hotel Roozendaal met vele overheidsdienaren, waaronder burgemeester Peereboom, werden bonbons geserveerd. De chauffeur van de brandweerwagen, slager De Vries (hij had drie vingers van zijn rechterhand in de gehaktmolen verloren en mocht daarom niet meer blussen), had varkenstepels verzameld, die door banketbakker Baggen door de warme chocola waren gehaald. Maar dat ging natuurlijk nog minder ver.

Kenneth Ocran 400^{ste} lid MDL-vereniging

Tijdens de komende najaarsvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Maag-Darm-Leverartsen wordt dr. Kenneth W. Ocran als 400^{ste} lid in de bloemetjes gezet. Het is dan ruim twaalf jaar na het symposium 'Is 100 genoeg?' dat op 28 juni 1996 werd gehouden in de Jaarbeurs in Utrecht.

De organisatoren van destijds, Kees Huibregtse en Chris Mulder, durfden in het voorwoord van het programma niet veel verder te gaan dan 140 tot 150 MDL-artsen in de komende reeks van jaren. De 200^{ste} geregistreerde MDL-arts verwachtten zij rond 2010. Inmiddels zijn het er rond de 300 en inclusief de artsen in opleiding dus 400.

Met grote trefzekerheid stelden de sprekers tijdens het symposium in 1996 vast, dat zich onder invloed van technische ontwikkelingen, vooral



op endoscopisch gebied, een autonoom proces voltrok dat wel moest leiden tot een spectaculaire groei van wat toen nog als een 'superspecialisme' werd gezien. Dag na dag werd duidelijker dat het kwaliteitsniveau dat gespecialiseerde MDL-artsen wisten te bereiken, ging gelden als standaard.

En al even snel werd duidelijk hoe belangrijk het is bepaalde verrichtingen vaak te doen. Wie te weinig 'meters' maakt, komt uiteindelijk tekort. Noch de patiënt, noch de verzekeraar accepteert dat uiteindelijk.

Veel sneller dan in 1996 viel te voorzien, zijn de taken van de MDL-artsen – met name – de internist afgebakend en kreeg een volledig eigen MDL-opleiding gestalte. Inhoudelijk zijn de kaarten dus geschud. Zakelijk (eigen maatschap of geïntegreerd) nog niet altijd, maar dat is eigenlijk alleen van intern belang.

Wat bleef, is het gebrek aan toegestane opleidingscapaciteit, waardoor – ondanks de snelle groei – het aantal vacatures eigenlijk alleen maar toeneemt. De overheid en de verzekeraars gaven in 1996 al aan, dat groei van het ene specialisme ten koste zou moeten gaan van het andere. "De beroepsgroepen vechten het onderling maar uit", vatte Huibregtse het toen bondig samen. En Guido Tytgat noemde het een volstrekte fictie dat de gezondheidszorg niet duurder zou worden met de groei van de technische mogelijkheden. Duurder, onder meer door uitbreiding van het aantal medisch specialisten en hogere uitgaven voor diverse vormen van therapie. Hij had gelijk, zoals wel vaker.

Kenneth Ocran (1962) is opgeleid in Duitsland en werkt bij VieCuri in Venlo.



OPLEIDING

Bericht accreditatiecommissie

Gebruik uw digitale persoonlijk nascholingsdossier in GAIA

Een deel van de MDL-artsen heeft nog nooit zijn digitale persoonlijk nascholingsdossier in GAIA (Gemeenschappelijke Accreditatie Internet Applicatie) bekeken, terwijl dit een belangrijke rol gaat spelen bij de kwaliteitsvisiteatie en individuele herregistratie. Bij door de NVMDL geaccrediteerde bijeenkomsten die binnen Nederland plaatsvinden, worden uw punten in principe automatisch in uw persoonlijk dossier toegevoegd. Toch blijft het zinvol te controleren of dit daadwerkelijk is gebeurd. Bij internationale congressen dient u zelf de punten aan uw persoonlijk

dossier toe te voegen. Betreft het niet-NVMDL-geaccrediteerde congressen, dan zult u bovendien zelf een verzoek moeten indienen ter beoordeling van individuele accreditatie.

Op www.mdl.nl kunt u een en ander uitgebreider nalezen. Doen!

Namens de accreditatiecommissie,
Johan Kuyvenhoven

ADVERTENTIE PENTAX

Helicobacter pylori: een biopt bij iedere gastroscopie?

Er is in de MDL-wereld momenteel weinig aandacht voor *Helicobacter*. Toch speelt de bacterie een grote rol in de dagelijkse praktijk. Bij iedere gastroscopie moet u beslissen of u wel of niet *Helicobacter*biopten neemt. En wekelijks moet u een of meerdere keren nadenken over de keuze van de anti-*Helicobacter*behandeling. Wat zijn de nieuwe inzichten die u al dan niet kunt gebruiken in uw praktijk?

De focus bij *Helicobacter*diagnostiek en -behandeling is door de jaren heen geleidelijk verschoven. Aanvankelijk behandelden we alleen ulcuspatiënten, later kwamen er indicaties bij zoals functionele dyspepsie, preventie van NSAID-gastropathie en langdurig PPI-gebruik. *Helicobacter* bleek carcinogeen en kreeg als zodanig erkenning van de WHO. Veel gerandomiseerde studies lieten zien dat voor de *Helicobacter*-positieve patiënt met dyspepsie een eradicatiebehandeling goedkoper en veel beter is dan zuurremming. De richtlijnen waren helder: als je een *Helicobacter* aantoonde, diende er ook altijd behandeling te volgen. Niet-behandelen werd als onethisch beschouwd. De vraag bleef echter wie wel en wie niet op *Helicobacter* moest worden getest. Deze vraag is dagelijks bij iedere gastroscopie actueel.

Grote studies met een focus op dyspepsie management lieten zien dat de zogenaamde *test & treat*-strategie bij mensen met maagklachten weliswaar niet direct betere gezondheidsuitkomsten opleverde, maar dat het starten met een *Helicobacter*test wel de meest kosteneffectieve wijze was om de patiënt met dyspeptische klachten te benaderen. Daarmee verschoof de niet-invasieve *Helicobacter*test in de meeste richtlijnen wereldwijd naar de eerste plaats, nog vóór de PPI-proefbehandeling en de gastroscopie (figuur 1). Veel ziekenhuizen bieden hun huisartsen daarom nu ook de ureumademtest, de feces-test of een IgG-serologische test aan.

Grote populatiestudies uit Vammala, Odense, Bristol en Leeds laten zien, dat het screenen en eventueel behandelen van *Helicobacter* bij asymptomatische mensen na twee tot vijf jaar mogelijk, maar na tien jaar follow-up wel duidelijk kosteneffectief is: door kostenbesparingen op werkverzuim, dokterbezoek en geneesmiddelengebruik (1). Dit was voor velen al een argument om bij symptomatische patiënten laagdrempelig te bioteren.

Maar na de aandacht voor deze farmaco-economische studies ging alle aandacht steeds vaker uit naar de grote interventiestudies,

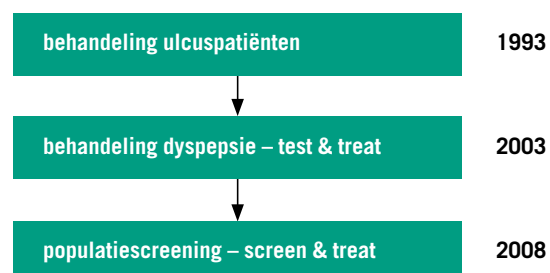
gericht op maagkankerpreventie. Vanaf 2008 verschuift de focus naar *screen & treat* op *Helicobacter*infectie.

Maagkankerpreventie: screen & treat

Er wordt veel geschreven over Barrettscreening en preventie van slokdarmkanker. Maar de realiteit is dat maagkanker wereldwijd, ook in Nederland, vele malen vaker voorkomt dan slokdarmkanker. Wie kankerpreventie serieus neemt, moet puur getalsmatig zijn focus gaan verleggen van Barrett naar *Helicobacter*gastritis. Waar bij Barrettscreening het bewijs voor effectiviteit ontbreekt, zijn de afgelopen jaren vele studies verschenen die laten zien dat *Helicobacter*behandeling niet alleen de gastritis in gunstige zin beïnvloedt, maar ook op populatieniveau maagkanker kan voorkomen. Onlangs is de eerste consensusrichtlijn gepubliceerd die oproept tot algemene populatiescreening ter preventie van maagkanker (2). Deze Aziatische richtlijn zal waarschijnlijk ook in andere gebieden met een hoge prevalentie van *Helicobacter*infectie (en dus van maagkanker) zoals Oost-Europa, Japan en Midden-Amerika navolging vinden. Nu de bewijzen zich opstapelen dat *Helicobacter*behandeling de cascade van gastritis naar intestinale metaplasie naar atrofie en verder naar dysplasie en kanker kan bevriezen, dient iedere MDL-arts opnieuw zijn eigen beleid rond *Helicobacter*diagnostiek onder de loep te nemen. In Nederland komt maagkanker drie keer vaker voor dan slokdarmkanker! Er is in de literatuur veel aandacht voor de vraag of mensen met intestinale metaplasie en atrofie endoscopisch moeten worden vervolgd. Wat hierop ook het antwoord moge zijn, het is duidelijk dat primair de ontsteking tot verdwijnen moet worden gebracht en dat dit een veel grotere impact zal hebben op het verdere beloop dan endoscopische follow-up alleen.

Figuur 1

The *Helicobacter* saga



Asymptomatische mensen behoeven voornamelijk geen screening. Bij mensen met dyspepsie moeten we veel liberaler worden met onze diagnostiek. Ureum-ademtesten moeten in ieder ziekenhuis standaard worden aangeboden. Daarnaast valt het uitstekend te verdedigen om bij iedere gastroscopie routinematig een goedkope screeningstest (*urease*-test) op *Helicobacter* te verrichten. Bij hoogrisicogroepen (allochtonen, met name Oost-Europeanen) kan een routinematige *Helicobacter*test, onafhankelijk van de bevindingen bij de scoping, eigenlijk al niet meer achterwege worden gelaten.

Dagelijkse routine

Het is jammer dat de huidige Richtlijn maagklachten uit 2003 te veel is verouderd en dat er nog geen initiatieven zijn om deze richtlijn te updaten. In afwachting van een nieuwe Nederlandse richtlijn dient iedere MDL-arts zich af te vragen of hij/zij de data over *Helicobacter*behandeling ter preventie van maagkanker overtuigend genoeg vindt. Als die vraag met ja wordt beantwoord, heeft dat grote consequenties voor de dagelijkse routine op de scopiekamer. In het Bernhoven Ziekenhuis in Oss worden bij iedere gastroscopie al routinematig *Helicobacter*biopten genomen en tegelijkertijd hebben we het geneuzel rond korte Barrettsegmentjes opgegeven. Wie volgt ons in onze strijd tegen maagkanker?

Helicobacterbehandeling

Er zullen meer mensen voor een *Helicobacter*infectie moeten worden behandeld in Nederland meer wordt gescreeend. Bismuth is uit de handel genomen en de in de richtlijn geadviseerde *quadruple*-therapie kan niet meer worden voorgeschreven. In *figuur 2* zijn daarom enkele suggesties gedaan voor 1^e, 2^e en 3^e-lijnsbehandeling bij patiënten zonder en met penicilline-allergie.

Wink de Boer, MDL-arts, Ziekenhuis Bernhoven, locatie Oss

De literatuur bij dit artikel is te vinden op www.mdl.nl.

Figuur 2

Helicobactertherapie in 2008

1^e-lijns therapie (7 dagen):

Protonpompremmer *full dose* 2dd1
Amoxicilline 500 mg 2dd2
Clarithromycine 500 mg 2dd1

2^e/3^e-lijns therapie (7 dagen):

Protonpompremmer *full dose* 2dd1
Amoxicilline 500 mg 2dd2
Levofloxacin 500 mg 2dd1

2^e/3^e-lijns therapie (10 dagen):

Protonpompremmer *full dose* 3dd1
Amoxicilline 375 mg 3dd2
Metronidazol 500 mg 3dd1

Bij penicilline-allergie

1^e lijn (7 dagen): protonpompremmer 2x1, metronidazol 500 mg 2dd1, clarithromycine 500 mg 2dd1

2^e lijn (7 dagen): protonpompremmer 2x1, clarithromycine 500 mg 2dd1, levofloxacin 500 mg 2dd1

Patiëntenorganisaties: steeds belangrijker en professioneler

Veel patiëntenorganisaties hebben de laatste jaren een belangrijke ontwikkeling doorgemaakt. In de vorige eeuw waren het clubs van vrijwilligers die zich vooral bezighielden met lotgenotencontact en ervaringsverhalen over het ziektebeeld. Anno 2008 is dit beeld drastisch gewijzigd. Het speelveld is flink verruimd, voorlichting en belangenbehartiging zijn belangrijke onderdelen geworden van hun takenpakket. Ook zijn het belangrijke gesprekspartners geworden voor zorgverzekeraars, zorgaanbieders en overheid. Bij veel patiëntenorganisaties zie je een nauwe samenwerking met een medische adviesraad, waardoor betrokkenheid bij de ontwikkeling van CBO-richtlijnen en wetenschappelijk onderzoek bijna vanzelfsprekend is. Zelfmanagement en zelfbeschikkingsrecht van de patiënten zijn dan belangrijke leidraden. Veel patiëntenorganisaties vertegenwoordigen niet alleen een grote groep leden, maar zijn ook in staat hun leden te mobiliseren voor gerichte acties.

Nog steeds zijn het veelal vrijwilligers, die – naast enkele professionele betaalde krachten – het werk verzetten. Het enthousiasme van deze vrijwilligers is hetzelfde gebleven en blijft groot. Daarnaast zie je in de praktijk meer deskundigheid en bedrijfsmatig optreden. Juist hun ervaringsdeskundigheid kan, mits goed ingezet, het (voorlichtings)beleid, het wetenschappelijk onderzoek en de ketenintegratie in belangrijke mate beïnvloeden. Het is niet voor niets dat veel subsidieverstrekkers en fondsenwervende instellingen de contacten met patiëntenverenigingen intensiveren en zij een volwaardige gesprekspartner zijn geworden bij bovengenoemde onderwerpen.

Bijzonder tevreden zijn we met de steun in de rug van onze minister Ab Klink, die de verdere professionalisering en samenwerking tussen patiëntenorganisaties met financiële middelen wil faciliteren, zodat zij kunnen doorgroeien naar de belangrijkste partij in het zorgveld: naast de zorgverzekeraars en zorgaanbieders en onder toezicht van de overheid.

Tineke Markus, directeur CCUVN

Louk de Both, voorzitter bestuur Nederlandse Coeliakie Vereniging

SOMATOSTATINE-ANALOGEN VERMINDEREN LEVERVOLUME IN POLYCYSTEUZE LEVERZIEKTE

1 Een 53-jarige vrouw, met ADPKD en een polycysteuze lever, presenteert zich met buikpijn en een toegenomen buikomvang. Haar nierfunctie blijkt normaal. Bij lichamelijk onderzoek wordt hepatomegalie gevonden. Een CT-scan van het abdomen laat ascites, een polycysteuze lever en een geruptureerde levercyste zien. Ze wordt behandeld met diuretica (spironolacton 25–50 mg/d en furosemide 40 mg/d), maar de ascites en haar buikomvang nemen toe en ze wordt kortademi-g. Een ascitespunctie (7 liter, serum-ascites-albuminegradiënt van 23,8 g/L) geeft slechts tijdelijke verlichting.

De tweede patiënt betreft een 43-jarige vrouw met PCLD die – elf dagen na een laparoscopische fenestratie van de levercysten – ascites en fors oedeem ontwikkelt als gevolg van een *vena cava inferior*-syndroom. Haar gewicht neemt toe van 79 naar 94 kg. Om de druk op de *vena cava* te verminderen, worden drie cysten geaspireerd en 14,5 l ascites gedraineerd, zonder een duidelijk effect.

De enige behandeling waarvoor beide patiënten nog in aanmerking komen, is een levertransplantatie.

Het gebruik van somatostatine-analogen bij de behandeling van cysten is in enkele studies beschreven. Bij ADPKD remt octreotide de niercystegroei met zo'n 55% (1). In een diersysteem voor polycysteuze leverziekte vond men, dat octreotide ook het levercystevolume vermindert (2). Levercystegroei wordt beïnvloed door 3',5'-cylisch monofosfaat (cAMP), wat de proliferatie van cholangiocyten stimuleert alsmede de cystevochtproductie. Deze processen worden geremd door somatostatine.

Bij de eerste patiënt wordt negen maanden na ontstaan van de klachten gestart met octreotide (50 mcg/uur i.v.). Binnen een paar dagen voelt ze zich beter en wordt de octreotide omgezet naar 100 mcg s.c. t.i.d. De buikomvang is na een maand weer normaal en de diuretica worden gestopt. Drie maanden na start van de behandeling met octreotide heeft patiënte geen buikpijn meer. De CT-scan, 112 dagen na start van de medicamenteuze behandeling, laat een levervolumeafname van 4609 ml naar 2843 ml (38,3%) zien en ook het niervolume vermindert (links: 246 ml naar 240 ml (2,4%) en rechts: 554 ml naar 455 ml (17,9%)) (figuur 1).

Bij de tweede patiënt wordt een maand na de operatie gestart met octreotide (100 mcg s.c. t.i.d) en twaalf dagen later omgezet naar lanreotide (120 mg eens per 28 dagen diep subcutaan). Volumetrie van de lever 230 dagen na start van de behandeling laat een volumeafname van 14,9% zien (8232 ml naar 7004 ml). Haar nierfunctie bleef tijdens deze periode onveranderd.

Conclusie

Wat is het effect van de behandeling met somatostatine-analogen vergeleken met de andere therapeutische mogelijkheden voor polycysteuze levers? Wij vonden bij evaluatie van aspiratie-sclerotherapie een levervolumereductie van 19,2% en van laparoscopische fenestratie 12,5% (3;4).

Ondanks het feit dat somatostatine de drukgradiënt in de *vena hepatica* verlaagt, is dit niet genoeg om onbehandelbare ascites te verminderen. Daarom veronderstellen we dat somatostatine-analogen direct het levercystevolume verminderen (5). Ook lijkt het erop dat cystevochtphoping een dynamisch proces is, dat kan worden geremd door somatostatine-analogen. Momenteel zijn wij bezig met een klinisch onderzoek naar het effect van somatostatine-analogen bij polycysteuze leverziekten. We hopen in dit onderzoek het succes, dat bij deze twee patiënten is gehaald, te herhalen.

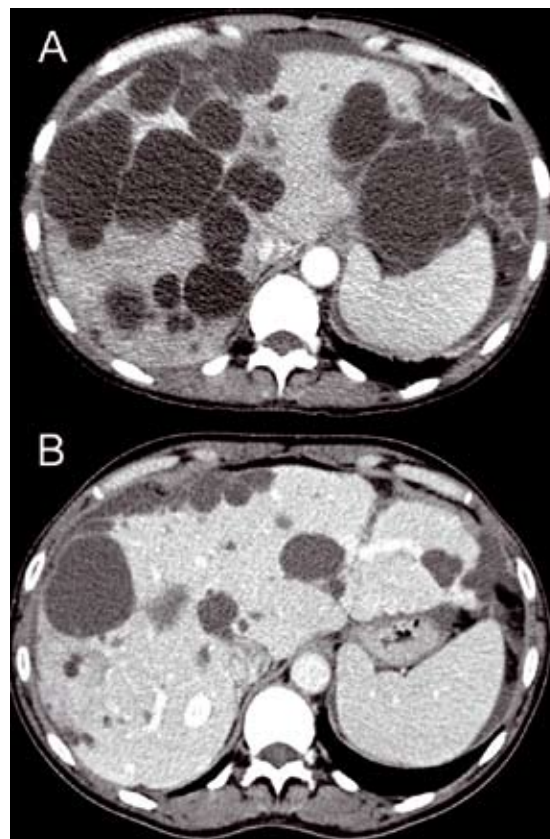
Loes van Keimpema¹, Robert A. de Man², Joost P.H. Drenth¹
– GUT 2008; In Press

1. UMC St Radboud, Nijmegen; 2. Erasmus MC, Rotterdam

De literatuur bij dit artikel is te vinden op www.mdl.nl.

Figuur 1

Somatostatine-analogen verminderen cystevolume in polycysteuze leverziekte. CT-scan vóór (A) en na (B) behandeling.



AFSCHEID HANS SAUERWEIN

Eerst moet ik u het hoofd afslaan en daarna zult u de waarheid kennen...



Zo luidde de inspirerende titel van de afscheidslezing van prof. dr. Hans Sauerwein, tot 1 september 2008 internist/endocrinoloog in het AMC.

Hans Sauerwein is gefascineerd door onze stofwisseling (metabolisme). Dit heeft zich geuit in talrijke publicaties en proefschriften, waarbij hij de stromen van glucose, eiwit en vet in het lichaam volgde. Hij onderwierp ook zichzelf aan de voorwaarden waaraan zijn proefpersonen moesten voldoen. Wekenlang acht pakjes drinkvoeding gebruiken om gestandaardiseerde inname van macronutriën-

ten te bewerkstelligen. Het gebrek aan voedingsvezels in deze drank bleek een ernstige bijwerking te veroorzaken.

Voeding, het 'gevoed worden', bestaat volgens Sauerwein vooral uit eiwitsynthese en normoglycemie. Patiënten hebben eiwit nodig, glucose en insuline. Energie heeft geen prioriteit. Deze kennis heeft hij breed uitgedragen. Heel Nederland kent nu de wet van Sauerwein: 1,5 gram eiwit/kg. Europa voedt de ondervoede patiënt met energie, Nederland kiest voor eiwit. Wij lopen hiermee voorop.

Naast zijn metabolisme-onderzoek had Hans Sauerwein een zeer gevarieerde patiëntenpopulatie. Halverwege de jaren tachtig begon hij patiënten met *short bowel* te behandelen met parenterale voeding. De eerste patiënte kwam drie dagen per week overdag 'om bij te tanken', zoals zij dit noemde. Inmiddels, vele jaren later, bestaat er het thuisteam TPV (Totale Parenterale Voeding), met veel kennis over de begeleiding van deze patiënten. Patiënten koppelen zichzelf thuis aan en af van de parenterale voeding als volleurde verpleegkundigen met voorbehouden handelingen. Training en 24-uurs nazorg worden verzorgd door het ziekenhuis. Het AMC zorgt voor de ene helft van Nederland, Geert Wanten in Nijmegen verzorgt de andere helft. Kinderen 'doet' het AMC ook; de aanzet daarvoor is gegeven door Hans Sauerwein samen met Jan Taminiou.

Afscheid nemen is nooit leuk, in dit geval al helemaal niet. Gelukkig heeft Hans Sauerwein gezorgd voor een naadloze overgang na 1 september. Mireille Serlie neemt zijn research en TPV-patiënten over en wordt bij het laatste gesteund door het voedingsteam. En de lezer van *MAGMA*, die blijft de TPV-thuis-behoefte patiënt naar ons doorsturen... Anders: hoofd eraf!

Mireille Serlie, Evelien Dekker en Cora Jonkers
TPV-team AMC

Wereldcongres Coeliakie 2009 in Amsterdam

Het 13^e Wereldcongres Coeliakie ofwel *International Coeliac Disease Symposium* (ISDC) wordt van 6 tot 8 april 2009 gehouden in Amsterdam.

Naast de wetenschappelijke uitwisseling in het Muziekgebouw aan 't IJ vindt gelijktijdig het zogenoemde Patiëntenforum (*Clinical Forum*) plaats, dat onderdak krijgt in het Mövenpickhotel naast het Centraal Station.

Opzet van het symposium

Tot voor enkele jaren werd het *International Coeliac Disease Symposium* gedomineerd door *invited speakers*. Bij het laatste congres – december 2006 in New York – was al sprake van een trendbreuk. Per sessie waren daar twee inleiders die een '*state of the art*' hielden, terwijl drie mensen hun *abstract* mochten presenteren. Daarnaast was er een ruim programma aan *posters*.

In Amsterdam kiezen we voor de volgende opzet: kortere voordrachten van de *invited speakers*, per sessie twee, en daarnaast vier *abstracts*. We hopen dat hiermee de huidige stand van de wetenschap en onze gezamenlijke kennis van coeliakie nog beter voor het voetlicht kunnen worden gebracht. We hebben in het Muziekgebouw Amsterdam ruimte voor 750 bezoekers van het wetenschappelijke programma.

Patiëntenforum

In navolging van de bijeenkomsten in Baltimore en New York bieden we ook in Amsterdam drie dagen lang een Patiëntenforum aan. De Verenigde Staten kennen veel *Celiac Support Groups* en diëtisten die regionaal nogal wat zorg voor coeliakie doen. Ook het kennisniveau van de gelouterde patiënt is hoog: velen bezoeken twee à drie jaarlijkse congressen. De behoefte aan een separaat programma voor patiënten, diëtisten, *nurse practitioners* en huisartsen bleek dan ook groot: in Baltimore en New York bezochten meer dan 1000 participanten het *Clinical Forum*.

In Amsterdam faciliteren wij 500 deelnemers aan het Patiëntenforum. We verwachten dat in Europa de Engelse taal een barrière zal vormen voor sommige patiënten.

Lees verder op pagina 71

THE CHALLENGE TO REDUCE TOXICITY WHILE PRESERVING WHEAT TECHNOLOGICAL PROPERTIES

*Teun J. van Herpen, Wageningen Universiteit,
23 mei 2008*

Coeliakie is wereldwijd één van de meest voorkomende voedselintoleranties. Ongeveer 1% van de westerse bevolking heeft er last van. De enige remedie tegen de ziekte – een chronische ontstekingsreactie in de dunne darm als gevolg van het eten van voedingsproducten waarin gluteneiwitten uit tarwe, gerst en rogge aanwezig zijn – is een levenslang glutenvrij dieet. Dit is in de dagelijkse praktijk erg lastig, omdat gluteneiwitten niet alleen in brood worden verwerkt, maar ook in zeer veel andere voedingsproducten.

Teun van Herpen heeft in het Wageningse promotieonderzoek gekeken welk DNA van tarwe codeert voor de voor coeliakiepatiënten toxische gluteneiwitten. Omdat gluteneiwitten ook een belangrijke rol spelen bij de technologische kwaliteit van tarwe, kreeg dit aspect eveneens veel aandacht.

Met dit gegeven richtte Van Herpen zich in zijn onderzoek op de mogelijkheden voor ontwikkeling van coeliakie veilige tarwevariëteiten. Hij keek naar selectie van tarwevariëteiten, verandering van glutengen-expressie, toepassing van deletielijnen (waarin specifieke stukken van chromosomen ontbreken) en gebruikmaking van RNA-interferentie (om de expressie van specifieke glutengen te verhinderen).

Een belangrijke parameter voor industriële kwaliteit van de verkregen tarwevariëteiten bleek de grootte van de gluteninedeeltjes in het zich ontwikkelende zaad. Hiermee is het mogelijk om al in een heel vroeg stadium de technologische kwaliteit van een tarwevariëteit te leren kennen.

Coeliakie veilige tarwes kunnen een belangrijke rol gaan spelen in met name de *preventie* van coeliakie. Een voorwaarde hierbij is dat deze variëteiten op grote schaal kunnen worden geteeld, bovendien een goede opbrengst geven, en waarbij door de hele productieketen heen vermenging met coeliakietoxische tarwevariëteiten strikt wordt voorkomen. Naar verwachting zal deze ontwikkeling echter nog minstens vijf tot tien jaar in beslag nemen.

Curriculum vitae

Teun van Herpen (1980, Oss) koos na de mavo (1996) voor laboratoriumtechnieken (mbo), met als specialisatie biochemie. Als afstudeeropdracht (2000) deed hij onderzoek naar de effecten van bioactieve stoffen op dikkedarmkanker bij Numico Research in Wageningen. Daarna studeerde hij biochemie en biotechnologie aan de hogeschool voor laboratoriumtechnieken. In 2003 behaalde Teun van Herpen ook hier zijn (dubbele) diploma. Zijn tweede afstudeeropdracht vond plaats bij Plant Research International over het onderwerp terpenen en plantengezondheid.

Dit onderzoek leverde onder meer een publicatie op in *Science*. In januari 2004 begon Van Herpen zijn promotieonderzoek bij de Wageningen Universiteit (WUR) onder leiding van prof. dr. Hamer, dr. Smulders, dr. Gilissen en prof. dr. Bosch. Onder begeleiding van prof. Shewry werkte hij gedurende negen maanden bij Rothamsted Research (Engeland) aan de genetische modificatie van tarwe. De resultaten uit zijn promotieonderzoek heeft Teun gepresenteerd op internationale congressen in de Verenigde Staten, Japan, Ierland, Oostenrijk en Turkije. Sinds april 2008 werkt Teun van Herpen als postdoc op de afdeling Plantenfysiologie aan de Universiteit van Wageningen. Het proefschrift is te verkrijgen via: teun.vanherpen@wur.nl.

ENDOSCOPIC TREATMENT FOR CHRONIC PANCREATITIS

*Djuna L. Caben, Universiteit van Amsterdam,
30 mei 2008*

De studies in dit proefschrift betreffen de endoscopische behandeling van patiënten met chronische pancreatitis. Djuna Caben vergelijkt allereerst endoscopische en chirurgische drainage van de ductus pancreaticus prospectief met elkaar. De studie toont een hoogst significant voordeel voor operatie aan, onderstreept door een snellere, effectievere en persisterende pijnverlichting. Daarna analyseert zij retrospectief de resultaten van pseudocystedrainage, waarbij endoscopische drainage een definitieve oplossing blijkt te bieden bij twee derde van deze patiënten. Vervolgens onderzoekt zij de behandeling van ductuscholedochusstricturen. Uit een retrospectieve analyse blijkt, dat stenttherapie met plastic endoprothesen weinig succesvol is. Een kleine prospectieve studie toont aan dat een metalen endoprothese voorziet in een succesvolle drainage bij 70% van de patiënten die niet in aanmerking komen voor operatie. Tot slot blijkt uit een pilotstudie dat gecoverde metalen stents in principe uit de galweg te verwijderen zijn, maar niet bij alle patiënten. Wel lijkt de uitkomst te suggereren dat dilatatie met een metalen stent bijzonder effectief is.

Curriculum vitae

Djuna Caben, geboren en getogen in Amsterdam, studeerde geneeskunde aan de UvA. Na haar opleiding tot internist startte zij in 2001 de opleiding tot MDL-arts in het AMC. Sinds 2005 werkt zij als MDL-arts in Ziekenhuis Amstelland te Amstelveen. Haar promotieonderzoek werd verricht tijdens haar opleiding onder supervisie van prof. dr. D.J. Gouma en dr. M.J. Bruno. Djuna Caben blijft samenwerken met Marco Bruno, haar onderzoeksactiviteiten zullen zich dan verplaatsen naar het Erasmus Medisch Centrum. Het proefschrift is te verkrijgen via: [djunaahen@hotmail.com](mailto:djunacahen@hotmail.com).

LONG-TERM CLINICAL OUTCOME OF TREATMENT FOR CHRONIC HEPATITIS C

Bart J. Veldt, Erasmus Universiteit Rotterdam,
13 juni 2008

Chronische-hepatitis-C-infectie leidt tot ontsteking van de lever en kan op den duur leiden tot fibrose, leverfalen en leverkanker. Na behandeling met PEG-interferon en ribavirine bereikt een deel van de patiënten een blijvende virologische respons. In dit proefschrift wordt onderzocht of mensen met een blijvende respons op behandeling ook daadwerkelijk langer leven en minder leverfalen of leverkanker ontwikkelen. In een eerste studie werd aangetoond dat patiënten met een blijvende respons gemiddeld net zo lang leven als mensen zonder hepatitis C van dezelfde leeftijd. Ook werden patiënten onderzocht met ernstige fibrose of cirrose. In dit onderzoek verzamelde Veldt gegevens over meer dan 500 patiënten uit Europa en Canada. Inderdaad bleek bij patiënten met een blijvende respons op behandeling het risico om leverfalen te ontwikkelen spectaculair te zijn gedaald. Verschillende studies uit het proefschrift werden gepubliceerd in toonaangevende internationale wetenschappelijke tijdschriften zoals *Annals of Internal Medicine*, *Gut* en *Hepatology*. Het onderzoek van Bart J. Veldt werd financieel ondersteund door Zon Mw, de Nederlandse Organisatie voor Gezondheidsonderzoek en Zorginnovatie.

Curriculum vitae

Bart J. Veldt (Heerhugowaard, 1976) studeerde geneeskunde in Leiden. Tijdens zijn studie was Veldt student-assistent bij de afdeling fysiologie van het LUMC. Zijn afstudeeronderzoek verrichtte hij aan de Universiteit van Rennes (Frankrijk), waar hij de indicatie voor levertransplantatie onderzocht bij patiënten met alcoholische levercirrose. Na het cum laude behalen van zijn artsexamen in 2002 begon Bart Veldt aan het onderzoek naar de langetermijntuitkomsten van de behandeling van chronische hepatitis C (Erasmus MC, supervisor prof. dr. S.W. Schalm, in 2006 opgevolgd door prof. dr. H.L.A. Janssen). In 2003 werd hem een AGIKO-beurs toegekend door ZonMw, die hem in staat stelde zijn opleiding tot MDL-arts te combineren met zijn werk als arts-onderzoeker. Van januari 2005 tot mei 2007 deed Bart de vooropleiding interne geneeskunde in het Ikazia Ziekenhuis te Rotterdam. Onder leiding van prof. M.R. Charlton verrichtte hij vervolgens onderzoek naar het effect van insulineresistentie op progressie van leverfibrose bij hepatitis-C-patiënten in de Mayo Clinic te Rochester (VS). Vanaf december 2007 tot heden vervolgt Bart zijn opleiding tot MDL-arts in het Erasmus MC te Rotterdam.

Het proefschrift is verkrijgbaar via: b.veldt@erasmusmc.nl.

Vervolg van pagina 69

Zijn er in uw kliniek diëtisten en/of patiënten die dit Patiëntenforum als nuttig zouden ervaren? Wijst u hen dan direct op onze website www.icds2009.org. Tot december 2008 kan men zich inschrijven voor een gereduceerde prijs.

Glutenvrij

Op woensdag 8 april 2009 zal het patiëntenforum zich geheel wijden aan glutenvrije producten. De beet en smaak van het huidige glutenvrije brood wordt door veel patiënten als beroerd ervaren. Sinds grote Amerikaanse firma's als Cargill letterlijk brood in coeliakie zien, is er sprake van een snelle ontwikkeling van nieuwe producten. Zoals boekweitbrood en haverbier, die qua smaak niet onderdoen voor 'gewoon' brood of bier. Niet als een zelig alternatief voor het klassieke gerstenat of stokbrood, maar als een volwaardig product in de nichemarkt.

Wij hopen dat u onze website www.icds2009.org bezoekt en dat wij velen van u in het Muziekgebouw mogen verwelkomen. De deadline voor *abstracts* is 1 oktober aanstaande.

Het zou prettig zijn als de MLDS volgend jaar collecteert met coeliakie als motto, het aantal nieuwe coeliakiepatiënten per jaar passeert in 2008 waarschijnlijk voor het eerst de 1500.

Frits Koning en Chris Mulder

Namens ICDS 2009

NIEUWS

Nederlandse Coeliakie Vereniging snelt groeiende patiëntenvereniging

Onlangs kon de Nederlandse Coeliakie Vereniging (NCV) haar 10.000^{ste} lid verwelkomen. Een aantal jaren geleden heeft de NCV bewust meer de publiciteit gezocht en bovendien de samenwerking met kinderartsen, specialisten en diëtisten geïntensiveerd. Mede als gevolg daarvan is het aantal leden en donateurs gegroeid van 4.500 in 2001 naar 10.000 in 2008. Dankzij deze snelle groei kan de NCV nog meer doen voor 'haar' patiënten.

De Nederlandse Coeliakie Vereniging heeft de ambitie de komende jaren ook de 100.000 nog niet gediagnosticeerde en zoekende patiënten te 'werven' en te 'binden'. Meer informatie: info@glutenvrij.nl.

MDL in het St. Franciscus Gasthuis

Het St. Franciscus Gasthuis (SFG) verhuisde in 1978 van de Schiekade naar de Kleiweg aan de noordelijke ring van Rotterdam. De afdeling MDL is in de afgelopen jaren fors gegroeid. De huidige vier MDL-artsen maken deel uit van een grote maatschap (28) met internisten, reumatologen en longartsen, waarbinnen al van oudsher in goede harmonie wordt samengewerkt. Naast de hoofdlocatie op de Kleiweg houden de MDL-artsen één dagdeel per week spreekuur in de sinds januari 2008 geopende buitenpoli in Berkel. Het St. Franciscus Gasthuis is recent toegetreden tot de vereniging Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen (STZ).

MDL-zorg

De MDL-artsengroep bestaat uit Antonie van Tilburg (sinds 1991), Luuk Berk (2003), Ivonne Leeuwenburgh (2006) en Marie-Paule Anten (2007). Daarnaast participeren de internisten John Tjen en Jannie den Ouden in de MDL-zorg.

De MDL-afdeling is een gemeenschappelijke afdeling met de MDL-chirurgen, waarbij de MDL over achttien en de chirurgen over zeventien bedden beschikken. De combinatie MDL- en chirurgische zorg op één afdeling biedt medische en verpleegkundige voordelen én extra service voor de MDL-patiënt, die na een operatie niet hoeft te verhuizen. Er zijn vier chirurgen met het aandachtsgebied oncologie/MDL (Henk Strijdhorst, Guido Mannaerts, Wietske Vrijland en Hans Zengerink) en ook een CHIVO, die gedurende één jaar een oncologie/MDL opleidingsstage volgt. De chirurgen werken nauw samen met hun collega's van het IJssellandziekenhuis in Capelle aan den IJssel, uitmondend in een lateralisatie van de oesofaguschirurgie (in het IJssellandziekenhuis) en de pancreaschirurgie (in het SFG). De laparoscopische chirurgie is in het SFG sterk ontwikkeld.

Er is een goede samenwerking met de lokale huisartsen, die laagdrempelig telefonisch kunnen overleggen. Dankzij een nieuw verwijzingsstelsel kan de huisarts naast klinische info en specifieke wensen ook de mate van urgentie aangeven, zodat voor of na het eerste polibezoek al eerste onderzoeken kunnen worden gepland. Er worden regelmatig bijeenkomsten voor huisartsen georganiseerd, waaronder *live* endoscopiedemonstraties. Antonie van Tilburg participeert in een ziekenhuiscommissie die zich succesvol bezighoudt met optimalisering van de contacten met de eerste lijn.

De MDL-artsen van het SFG werken actief mee aan de regionale MDL-bijeenkomsten en leverclubavonden ('Diner Pensant'). Ook



Van links naar rechts: Luuk Berk (MDL), Marjolein Smidt (chirurg), Ivonne Leeuwenburgh (MDL), Jacqueline Hendriks (endoscopie-vp), Monique Kimmel (IBD-vp), Judith Oleana (endoscopie-vp), Marion Wiebenga (endoscopie-vp), Francien Noordover (endoscopie-vp), John Tjen (internist), Wendy Romeijn (endoscopie-vp), Guido Mannaerts (chirurg), Jannie den Ouden (internist), Yvonne vd Meer (verpleegkundig afdelingshoofd), Marie-Paule Anten (MDL-arts), Antonie van Tilburg (MDL-arts), Deedre Malais (manager polikliniek en behandelcentrum), Hans Zengerink (chirurg).

wordt geparticipeerd in de IBD-denktank, recent geïnitieerd door Janneke van der Woude (Erasmus MC). De samenwerking met de MDL en chirurgie van het Erasmus MC is uitstekend.

Techniek

Het St. Franciscus beoefent vrijwel alle technieken van de moderne MDL-zorg en heeft een team enthousiaste endoscopie-assistenten. Over circa twee jaar zal een nieuw en veel ruimer endoscopiecentrum worden betrokken. Met de komst van Ivonne Leeuwenburgh en Marie-Paule Anten is de endo-echografie (inclusief cytologische punctie) opgestart en worden veel onderzoeken verricht, niet alleen van de proximale trachus digestivus maar ook van het anorectum (rectumtumoren, fistels bij M. Crohn). Beiden houden zich naast de MDL-zorg specifiek bezig met de oncologische zorg en participeren in de Oncologische WerkGroep. Zo is samen met de chirurgen een 'sneldiagnostiek colorectaal carcinoom' ontwikkeld (ColonCare-project). Ook Werkgroep Voeding, waarin Luuk Berk participeert.

MDL-verpleegkundige

Sinds enkele jaren is Monique Kimmel als MDL-verpleegkundige werkzaam. Zij zorgt intensief voor de IBD-patiënten en patiënten met chronische hepatitis. Ook verzorgt zij de intake van patiënten die door de huisarts worden verwezen voor een colonoscopie of een gastroscopie onder sedatie. Daarnaast houdt zij zich bezig met protocollering en MDL-onderwijs aan verpleegkundigen.

Toekomst

Op vrij korte termijn is opnieuw behoefte aan uitbreiding van het aantal MDL-artsen. Binnenkort starten we met de single- of dubbelballon-enteroscopie. Ook groeit het patiëntenaanbod sterk. U bent welkom!