

STAND VAN ZAKEN 98 / ERASMUS LIVER DAY 100
UEGF RESEARCH PRIZE 2010 101 / METHOTREXAAT BIJ
CROHN 103 / KWALITEIT 105 / ONDERVOEDING 107
THEMA: ONDERZOEK 108-117 / CASUÏSTIEK 121-123
PROEFSCHRIFTEN 124-125 / DE AFDELING 127



MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 16 / NUMMER 4 / DECEMBER 2010



**TOEKOMST MDL-SPECIALIST:
MEER CHIRURG DAN ARTS**

VAK G

Muhammed, Abdul, Nidhi, Anna, Hakim, Vijay, Daoud, Kenneth, Karam, Abha, Halil, Huseyn, Balla, My, Olle, Thjon, Jonathan, Eric, Adriaan, Gie, Dylek, Sham, Mohamed, Faiq, Nofel zijn collega's van u en mij. De meesten van hen zijn eerste of tweede generatie allochtone Nederlanders. Maar steeds meer collega's zijn in Nederland geboren: eerste generatie autochtone Nederlanders van allochtone komaf. Bij een recente inventarisatie op de MDL-afdeling van het VUmc bleken alleen Elly Klinkenberg en Tze Lam hun leven lang in de stad Amsterdam te hebben gewoond. Een recente sollicitant omschreef zichzelf als volgt: "Als geboren en getogen Amsterdammer van Marokkaanse afkomst solliciteer ik hierbij."

Met de huidige regering moet ik leren leven, als een beperkt aantal elementaire waarden in onze rechtsstaat maar overeind blijft. Zoals daar zijn: gelijkwaardigheid, (internationale) solidariteit, waarheid en rechtvaardigheid. Sommigen van ons zijn moslims, sommigen zijn dat nooit geweest. In een recent interview in het Financieel Dagblad (2-9-10) met Hakim Hekmat (MDL i.o. bij ons) sprak men met hem als kennismigrant over moslims. "Als iemand last heeft gehad van fundamentalisten, ben ik het wel. Nu word ik door Vak G ook gestigmatiseerd. Elke moslim wordt weggezet als een bedreiging, een extremist."

Een moslima met een hoofddoek, zij wil interniste worden, vroeg mij: "Is hier voor mij een toekomst als ik wél de islam praktiseer?" Veel supervisors tijdens haar co-schappen zeggen: "Die doek, die hoeft toch niet?"

Solliciteren voor, qua naam, islamitische collega's is opnieuw een belevenis. Ik geef u graag wat voorbeelden. "Je vader is imam, je begrijpt dat we natuurlijk geen radicale moslimstandpunten bij de koffie willen, hè?" Een ander voorbeeld: "Als Israël weer de Gaza bombardeert, wil ik daar geen zielige Arabische verhalen over horen. Hamas is terroristisch." Weer een ander voorbeeld: drie kwartier praat men met een sollicitant, het eerste half uur alleen over Sjiïeten en Soennieten. Na bijna 40 minuten vraagt de sollicitant: "Wilt u nog wat over mijn interesses weten?" De sollicitant dacht aldoor: "Als ik wegloop, zeggen ze dat ik een kort lontje heb."

Ik kan nog even doorgaan, ik bespaar het u. Hoe is hun toekomst bij ú als ze de islam niet praktiseren? Oh ja, hoe is hun toekomst als ze wel willen bidden, géén maltbier drin-

ken, wel een hoofddoek dragen? U en ik kunnen met elkaar van mening verschillen, maar dat men in het parlement zich gedraagt als in een kroeg, lachend om weer een idioot idee uit vak G, is tragisch. In Amerika de Tea Party, wij vak G. Vak G wil Wellink weg, de koningin weg, links weg, niet-westerse allochtonen weg, elite weg, publieke omroep weg, cultuur weg. Moet ik als autochtone 'Amsterdammer' van 59 jaar ook weg, omdat ik het hiermee niet eens ben en meer respect verlang in de omgang met mijn jonge, aanstormende collega's?

MDL-TRANSFERS

Noorden

Muhammed Bubic en Stephan Schmittgens blijven het komende jaar nog in Drachten werken. De MDL in het Martini Ziekenhuis wil uitbreiden, de lokale internisten leiden zichzelf op tot scopist. Een competentieprobleem ontstaat. De verzekeraars rekenen zich rijk.

Westen

In het IJsselland Ziekenhuis in Capelle praat men met de 6^e MDL-arts.

Delft slaagt erin het verlies van MDL-artsen op korte termijn redelijk goed te maken met de komst van Sita Jansen (AZM) en Bart Veldt (EMC). Daarnaast praat men met een 6^e MDL-arts. Het zorgpad Digestieve oncologie (inclusief chemotherapie) in Beverwijk staat onder leiding van de MDL.

Marije Appels (VUmc) start er als 5^e MDL-arts op 1-6-2011, na additionele training in de chemo-MDL bij het AVL.

Men zoekt nog een 6^e MDL-arts met oncologie-ervaring.

In het Slotervaart Ziekenhuis helpt Elly Klinkenberg vanaf

1 januari mee als parttimer, ze hebben een MASTER-

plan MDL dat streeft naar 6 fte's in 2015. Het Antonius

Ziekenhuis praat informeel met diverse mensen voor

de functie van 10^e MDL-arts. In het Ikazia Ziekenhuis

Rotterdam zoekt men vóór juli 2011 een 5^e MDL-arts.

Wilco Lesterhuis start zijn tweede carrière als MDL-arts in

het EMC, hij wordt coördinator MDL-opleiding. In Dordrecht

zoekt men zodoende dringend een 6^e, maar ook een

7^e MDL-arts. Gouda zoekt een 3^e en 4^e MDL-arts.

Lees verder op pagina 118.

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 2600 EXEMPLAREN **REDACTIE** CHRIS MULDER WIM HAMEETEMAN JOEP BARTELSMAN HARRY JANSSEN MARTEN OTTEN WILLEM MOOLENAAR MARCO MUNDT PHILIP FRIEDERICH **EINDREDACTIE** VAN LUYKEN COMMUNICATIE ADVISEURS **REDACTIEADRES** PROF. DR. C.J.J. MULDER VUMC POSTBUS 7057 1007 MB AMSTERDAM FAX: (020)4440554 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 **DRUK** HENK GRAFIMEDIA CENTER, BELFELD 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 EN VOOR DE DYNAMIEK VAN HET VAKGEBIED MAAG-DARM-LEVERZIEKTEN **COVERFOTO** COLONOSCOOP MET THIRD EYE RETROSCOPE, AVANTIS.



Kwaliteit

Onze beroepsgroep kan best een beetje trots zijn. Trots op onze hoge kwaliteit van dienstverlening, zorg, kennis en onderzoek. In een tijd waar we nog steeds met een groot tekort aan MDL-artsen kampen, mag dat best een keer worden gezegd. Temeer daar het buitenland ons met jaloerse blikken gadeslaat.

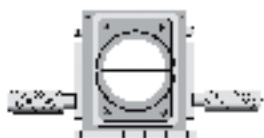
Hoewel wij natuurlijk zelf debet zijn aan deze hoge kwaliteit, kan onze Commissie Kwaliteit niet onvermeld blijven. Deze commissie, onder leiding van collega Willem Moolenaar, doet ongelooflijk goed werk.

Kwaliteit en de bewaking daarvan wordt met de dag belangrijker. Vandaar dat we het proces waarin kwaliteitsrichtlijnen tot stand komen, gaan versnellen. Dit duurt nu vaak onnodig lang, mede doordat richtlijnen tijdens één van de twee jaarlijkse ledenvergaderingen geaccordeerd moeten worden, en bij opmerkingen pas na een half jaar weer terug kunnen komen. Zo kan het voorkomen dat richtlijnen wel vijf maanden liggen te wachten op definitieve goedkeuring. In deze tijd waarin we bijna alles per e-mail communiceren, kan dat niet meer. Het hoeft ook niet meer, want zoals gezegd: we gebruiken het internet voor bijna alles en nog wat, dus waarom niet ook voor het invoeren van richtlijnen? Zodra het definitieve concept aan onze leden kan worden voorgelegd, hoeven we niet op een eerstvolgende ledenvergadering te wachten, maar gaan we onze leden per e-mail consulteren.

Vanaf deze plek ook een waarschuwing. De NVMDL onderschrijft het belang van kwaliteitsrichtlijnen, maar voegt daaraan wel toen dat zij zelf het beheer erover wil hebben. Het komt steeds vaker voor dat werkgroepen binnen ons vakgebied hun conclusies over het bepaalde onderzoek waarvoor zij zijn ingesteld, gaan vervatten in parameters die vervolgens als kwaliteitsnorm een eigen leven kunnen gaan leiden. Dit nu moeten we koste wat het kost voorkomen. De NVMDL, geadviseerd door onze Commissie Kwaliteit, stelt de parameters vast. Op het moment dat werkgroepen, met de beste bedoelingen, dit ook gaan doen, kan dat leiden tot 'krankzinnige' parameters die wij vervolgens moeten monitoren en rapporteren. Laat het niet die kant uitgaan. Voor je het weet, wordt ons een kwaliteitsrichtlijn opgedrongen waarop niemand van ons zit te wachten.

Een gezond en kwalitatief hoog 2011 gewenst.

Was getekend,
Ernst Kuipers
- voorzitter -



Gevraagd: jonge klinische onderzoekers

Het gaat heel goed met zowel het klinisch als het translationeel MDL-onderzoek. Toch pakken zich donkere wolken samen door toenemende bureaucratisering. Herold Metselaar geeft aan hoe de METC-aanvraag als absoluut noodzakelijke horde te nemen (*pag. 111*).

Ook dient tegenwoordig aan elke studie een financieel plan gekoppeld. Zonder geld geen onderzoek. Extra labbepalingen, opslaan van medicatie bij de apotheek, het invullen van trialformulieren, voorheen kon het als 'vriendendienst' worden geregeld. Tegenwoordig wordt alles gebudgetteerd. Regelmatig krijgen wij in Rotterdam forse rekeningen van een klinisch chemicus ergens in den lande, die voor het afnemen van één buisje bloed een fors commercieel tarief vraagt.

De European Science Foundation heeft vorig jaar in een *white paper* deregulatie haar belangrijkste doelstelling genoemd om klinische research weer aantrekkelijk te maken. Op dit moment wordt de jonge enthousiaste onderzoeker zodanig afgeschrikt dat menigeen er niet eens aan begint. Straks zijn alleen grote industriële partners met veel geld en een goede infrastructuur nog in staat onderzoek te doen. Een dergelijke ontwikkeling zou funest zijn voor het investigator-geïnitieerde onderzoek, een groot goed binnen met name de academische geneeskunde.

Hoe kunnen wij ons uit dit onderzoeksweb bevrijden? We moeten jonge klinische talenten beter opleiden om onderzoek te doen. Wij moeten zelf proberen goede onderzoeksinstituten op te richten (Adam Cohen, *pag. 108*). We moeten op gelijke voet samenwerken met farma-bedrijven. En *last but not least* zal de regelgeving moeten worden beperkt. Dat wil zeggen: strikte regels daar waar het hoogrisico-onderzoek betreft, en zeer beperkte regelgeving bij onderzoek zonder enig risico. Daarnaast is het belangrijk dat ook onafhankelijk geld vanuit Den Haag (ZonMw en NWO) beschikbaar wordt gesteld voor klinisch onderzoek met therapeutische interventies. Op dit moment verwijst men de klinisch onderzoeker veelal naar de farmaceutische industrie, die te vaak het hele onderzoek van protocol tot manuscript leidt. Vervolgens krijgt dezelfde klinisch onderzoeker te horen dat zijn onafhankelijkheid in het geding is. Als ziekenhuizen en universiteiten daarom de handen ineen slaan en sterke onderzoeksconsortia genereren, moet het lukken de jonge onderzoeker weer enthousiast te krijgen!

Harry Janssen, Erasmus MC

ERASMUS LIVER DAY 2010 GEVOLGD DOOR PUBLIEKSDAG

Bekijk 'wat je op je lever hebt'

Tijdens de publieksdag 'Wat heb je op je lever' konden bezoekers van het Erasmus MC met behulp van een echo bekijken hoe hun lever er eigenlijk uitziet. Ook kreeg het publiek een operatie te zien waarbij een levende donor een deel van zijn lever afstond aan een patiënt. De leverchirurg en een levende donor lichtten de operatie live toe. Nederlandse MDL-specialisten deelden op deze dag met het publiek hun laatste inzichten over leverdonaties, leveroperaties en leverziektes en patiënten vertelden over hun ervaringen.

Met een snelle scan krijgt de bezoeker een indruk van het beeld en de conditie van zijn lever. MDL-arts Harry Janssen van het Erasmus MC en initiatiefnemer van de publieksdag: "Een gezonde lever is van groot belang voor het menselijk lichaam. We willen met deze echo's de bezoekers wat meer bewust maken van dat vitale lichaamsdeel. Bovendien vinden veel mensen het interessant een kijkje te

krijgen van de binnenkant van hun lichaam."

Virale hepatitis

Het Erasmus MC, de GGD Rotterdam-Rijnmond en de gemeente Rotterdam zijn zeer actief in het opsporen en aanpakken van virale hepatitis en de gevolgen ervan. Tijdens de Erasmus Liver Day vertelden Jantine Kriens, wethouder volksgezondheid

van de gemeente Rotterdam en Onno de Zwart, directeur van de GGD Rotterdam-Rijnmond, over de succesvolle projecten die zij met het Erasmus MC hebben opgezet en die inmiddels ook worden gestart in andere gemeenten.

Momenteel zijn ruim 100.000 Nederlanders drager van het hepatitis-B- en -C-virus.

De komst van bevolkingsgroepen uit Azië en Oost- en Zuid-Europese landen heeft dat aantal verdubbeld. Reden waarom 70% van de Nederlandse leverartsen meent dat nieuwkomers uit deze landen routinematig moeten worden getest op deze virusziekten.

De publieksdag werd georganiseerd door de Stichting voor Lever en Maag-Darm Onderzoek (SLO) en het Erasmus MC, in samenwerking met de GGD Rotterdam-Rijnmond, de Nederlandse Leverpatiënten Vereniging en het Nationaal Hepatitis Centrum.

Symposium

Voorafgaand aan deze Publieksdag vond de 25^e Erasmus Liver Day plaats in de Rotterdamse Doelen. Speciale aandacht ging hierbij uit naar virale hepatitis (HBV en HCV), cholestatische leverziekten, hepatocellulair carcinoom en levertransplantatie. Met name doordat vanuit heel Europa eminente sprekers aanwezig waren, was de opkomst prima met zo'n 300 MDL-artsen uit binnen- en buitenland. Het meest prominente nieuws komt toch van het front van de hepatitis-C-behandeling. Stefan Zeuzem uit Frankfurt besprak alle behandelingen die in de nabije toekomst mogelijk zullen zijn. De Rotterdamse nestor van de hepatologie, Solko Schalm, sloot de dag af met een overzicht van de grote vorderingen die in de afgelopen 25 jaar binnen het hepatologisch onderzoek zijn gemaakt. Laten we hopen dat de komende 25 jaar net zo succesvol zullen zijn!



Op 26 november kon het Rotterdamse publiek meekijken met een levende-donorlevertransplantatie.

UEGF Research Prize 2010 voor Hans Clevers

Tijdens de UEGW 2010 in Barcelona ontving professor Hans Clevers, sinds 2002 directeur van het Hubrecht Instituut te Utrecht, de UEGF Research Prize 2010 “as a world leader in the GI cancer signaling and GI stem cell fields.” De prijs is bedoeld als ondersteuning bij zijn ontwikkeling van technieken voor ex vivo expansie en transplantatie van stamcellen vanuit het menselijke darmstelsel en bij de vertaling van zijn bevindingen naar de klinische praktijk.

Hans Clevers ontving diverse nationale en internationale prijzen voor zijn wetenschappelijk werk, waaronder de Spinozaprijs in 2001, de Louis-Jeantet award in 2004, de Chevalier de la Legion d'Honneur in 2005, en de Koningin Wilhelmina onderzoeksprijs in 2009. Het werk dat hem internationale bekendheid gaf, begon met de identificatie van factoren van de zogenaamde Wnt-sigtaalroute. Een zeer belangrijke vinding was dat foutieve regulatie van darmcellen door deze route de belangrij-

ste oorzaak van darmkanker is. Inmiddels heeft het laboratorium grote doorbraken bereikt bij de studie van stamcellen in het maag-darmkanaal.

In 2007 werd met behulp van moderne genetische technieken voor het eerst het onomstotelijke bewijs geleverd voor stamcellen en hun positie in de darm van volwassenen. Later werd dit gevolgd door de ontdekking van de stamcellen in de maag en de huid. Door deze experimenten die de positie en identiteit van stamcellen beschrijven, is het voor het eerst mogelijk de eigenschappen van stamcellen te onderzoeken. Stamcellen spelen ook een belangrijke rol bij het ontstaan van verschillende ziekten zoals kanker. Op het moment wordt er dan ook intensief onderzoek gedaan naar de rol van stamcellen in verschillende ziekteprocessen.

De ontdekking van de stamcellen heeft recent ook geleid tot een techniek die het mogelijk maakt de cellen buiten het lichaam te laten groeien. In eerste instantie werd in 2009 en



2010 gepubliceerd hoe de stamcellen uit de maag, de dunne en de dikke darm kunnen worden gekweekt. Op dit moment is deze techniek uitgebreid en zijn er methoden ontwikkeld om ook de stamcellen van de mens buiten het lichaam te laten groeien. Dit onderzoeksgebied geniet grote aandacht, omdat met deze technieken transplantaties van gezond weefsel naar patiënten met maag-darmziekten mogelijk zouden kunnen worden.

Aspirine bij maagbloeding: stoppen of niet?

Aspirine wordt in toenemende mate voorgeschreven bij de behandeling van patiënten met hart- en vaatziekten. Behandeling met aspirine is in de literatuur geassocieerd met een twee- tot drievoudige toename van het risico op het ontwikkelen van een peptische ulcusbloeding. Moeten patiënten die een ulcusbloeding krijgen tijdens gebruik van aspirine, de aspirine staken?

Om deze vraag te beantwoorden, richtten Sung et al¹ een prospectief gerandomiseerde studie bij 156 patiënten met een hoge tractusdigestivusbloeding bij chronisch aspirinegebruik. De patiënten werden gerandomiseerd naar een aspirinegroep (80 mg) en een placebogroep. Bij alle patiënten werd na bereiken van endoscopische hemostase gestart met drie dagen intraveneus pantoprazol, gevolgd door pantoprazol per os.

Primair eindpunt van de studie was het aantal recidief ulcusbloedingen dat binnen 30 dagen endoscopisch werd bevestigd. Mortaliteit binnen acht weken na randomisatie werd als secundair eindpunt genomen.

Bij 10,3% van de aspirinegroep trad een recidiefbloeding op, versus 4,9% in de placebogroep (95% CI 3,6 – 14,4%). De mortaliteit binnen acht weken in de aspirinegroep was echter evident lager dan in de placebogroep (1,3% versus 12,9%; 95% CI 3,7 – 19,5%).

De uitkomst van deze studie is opmerkelijk, en toont aan dat het staken van aspirine tot een reductie van recidiefbloedingen leidt. Dit gaat ten koste van een toename van mortaliteit ten gevolge van ischemische complicaties.

De studie verdient echter nuancering. Het aantal geïncludeerde patiënten was relatief klein en het onderzoek werd uitgevoerd in een

geselecteerde patiëntengroep. Bovendien moet bij interpretatie van de uitkomst van deze studie naar de klinische praktijk rekening worden gehouden met het feit dat patiënten met hart- en vaatziekten vaak tegelijk meerdere vormen van antistollingsmedicatie gebruiken.

In de nabije toekomst zijn grotere gerandomiseerde studies nodig om onder andere aan de hand van het gebruik van antistollingsmedicatie een betere risicoschatting te maken bij patiënten met een cardiovasculaire voorgeschiedenis die een hoge-tractusdigestivusbloeding doormaken.

Philip Friederich en Marten Otten
pw.friederich@meandermc.nl

De referenties bij dit artikel staan op www.mdl.nl/magma.

NIEUW voor de behandeling van
volwassenen met gecompenseerde
chronische hepatitis B

Eén lever.  Eén leven.
Eénmaal daags één tablet VIREAD.

Methotrexaat bij Crohn: het redelijk alternatief

Bij de ziekte van Crohn is een prominente plaats ingeruimd voor immunosuppressieve medicatie. De eerste behandelstap bestaat uit de thiopurines, azathioprine en mercaptopurine (*Richtlijn diagnostiek en behandeling van inflammatoire darmziekten bij volwassenen, 2009*). Een aanzienlijk deel van de patiënten moet thiopurines voortijdig staken door bijwerkingen. Dan kan methotrexaat (MTX) een uitkomst bieden, mits er geen actieve kinderwens bestaat. MTX bij Crohn is beperkt onderzocht. In de studies waarin MTX oraal werd toegediend, bleek dit niet effectief. Wanneer echter MTX parenteraal wordt toegediend, blijkt dit wel effectief te zijn. Dit werd onderzocht bij 141 steroïdafhankelijke patiënten met een actieve ziekte van Crohn. In deze studie kwam, bij gebruik van een inductiedosis van 25mg/wk i.m., 39% van de MTX-groep in remissie versus 19% in de placebogroep ($p=0,025$) (*Feagan 2000*). In twee placebogecontroleerde studies is onderhoudsbehandeling met MTX bij een

medicamenteus geïnduceerde remissie onderzocht. De kleinste studie betrof 28 patiënten, bij wie MTX in een dosering van 15 mg/week werd vergeleken met een placebo gedurende één jaar. Het recidiefpercentage was respectievelijk 43% en 80%, maar vanwege de bijwerkingen gebruikte aan het eind van de studie nog slechts 31% MTX (*Arora et al 1999*). In de grotere studie met 76 patiënten die gedurende twee maanden 25 mg MTX 1x per week intramusculair als inductietherapie kregen toegediend, waarna wekelijks 15 mg subcutaan werd gegeven (*Feagan 2000*), was na 40 weken het recidiefpercentage, 65% en 39% in respectievelijk de MTX- en placebogroep ($p=0.04$). Opvallend was dat slechts één patiënt de subcutane toediening had gestaakt door bijwerkingen.

Conclusie

Op basis hiervan is bij de ziekte van Crohn de voorkeursroute van MTX toediening parenteraal, waarbij subcutaan de voorkeur

heeft boven intramusculair omdat dit minder belastend is. De richtlijn adviseert daarbij het gebruik van foliumzuur 1x per week 5 mg per os.

Sinds 1 april 2010 worden geen magistraal bereide injecties meer geleverd. MTX blijft leverbaar als Metoject 50 mg/ml in verschillende doseringen van 7,5 mg tot 25 mg in voorgevulde spuitjes. Soms klagen patiënten dat het rubberen dopje lastig is te verwijderen. Daarvoor stelt de fabrikant gratis een *cap remover* ter beschikking. Er is een duidelijke instructie voor patiënten beschikbaar via de website van de fabrikant (http://www.tevapharma.nl/doc/instructiebrochure_metoject.pdf).

Dirk de Jong en Bas Oldenburg,
namens de NVGE-werkgroep IBD

De referenties bij dit artikel staan op www.mdl.nl/magma.

ENDOSCOPIE

Pre-assessment voor endoscopie is zinvol

In het Kennemer Gasthuis te Haarlem wordt sinds 2008 een pre-assessmentspreekuur colo- of gastroscopie gehouden. Doel: verdere kwaliteitsverbetering. De extra voorlichting aan de patiënt wordt gegeven door ervaren endoscopie-assistenten. Altijd is ook een MDL-arts op de poli aanwezig voor overleg. Voorafgaand aan het gesprek worden de afspraakbevestiging, informatiefolder betreffende het onderzoek en een vragenlijst opgestuurd. Dit formulier bevat onder andere vragen met betrekking tot klachten, voorgeschiedenis, familie-anamnese en medicijngebruik. Tijdens het gesprek wordt de patiënt voorgelicht over de voorbereiding op de endoscopie, het onderzoek zelf, sedatie en mogelijke complicaties.

Voordelen

De voordelen van voorlichting middels het pre-assessmentspreekuur zijn:

- duidelijkheid scheppen; onzekerheden en angsten bij patiënten wegnemen
- motivatie voor betere darmvoorbereiding, waardoor hogere opbrengst scopie

- anticiperen op potentiële problemen, zoals patiënten met antistolling, diabetes, ICD, MRSA en allergieën
- inschatting risico van sedatie en hierop anticiperen
- betere adviezen voor follow-up door beschikbaarheid van uitgebreide familie-anamnese
- *no show*-percentage verlagen
- minder belasting afspraken bij balie endoscopie.

Wel moet de patiënt een extra bezoek brengen aan het ziekenhuis voor dit voorlichtingsgesprek. Dit mogelijke bezwaar werd geëvalueerd in een enquête bij 100 patiënten, waarbij 96% aangaf dit extra bezoek niet als belastend te ervaren. Daarnaast gaf 64% aan extra informatie te hebben opgedaan naast de eerder verstrekte informatiefolder over endoscopie. De helft van de patiënten had angst voor de endoscopie. Tijdens het extra spreekuur kon deze angst bij driekwart van deze patiënten worden weggenomen.

Marianna Kooijman, endoscopie-assistente
Johan Kuyvenhoven, MDL-arts



Isala Zwolle doneert apparatuur

De MDL-afdeling van Isala Klinieken Zwolle heeft onlangs flink wat endoscopen, lichtbronnen en coagulatie-apparatuur aangeschaft. Een klein deel van de vervangen apparatuur bleek nog geschikt voor gebruik. Twee endoscopen en een Valley Lab gaan nu naar het academisch ziekenhuis in Cluj (Roemenië), drie endoscopen naar het Groote Schuur Ziekenhuis in Kaapstad en een Erbe met APC naar het academisch ziekenhuis in Windhoek.

"Wij zijn blij onze collega's in het buitenland op deze wijze te kunnen ondersteunen", aldus MDL-arts Lex Poen namens zijn hele team.

Verkorte SPC-tekst Salofalk® 500 mg Granu-Stix®, Salofalk® 1000 mg Granu-Stix® en Salofalk® 1,5 g Granu-Stix® Samenstelling: Maagsapresistent granulaat met verlengde afgifte, resp. 500 mg, 1000 mg en 1,5 g mesalazine per sachet. Therapeutische indicaties: voor de behandeling van colitis ulcerosa, zowel in de acute fase als ter voorkoming van recidieven hiervan. Dosering: Ter behandeling van acute episodes van colitis ulcerosa: eenmaal daags 1 of 2 sachets Salofalk® 1,5 g Granu-Stix® of drie sachets Salofalk® 500 mg Granu-Stix® of drie sachets Salofalk® 1000 mg Granu-Stix® (overeenkomend met 1,5 – 3,0 g mesalazine per dag), bij voorkeur 's ochtends, op geleide van de klinische behoefte van de individuele patiënt. Als onderhoudsbehandeling ter voorkoming van recidieven van colitis ulcerosa: driemaal daags één sachet Salofalk® 500 mg Granu-Stix® (overeenkomend met 1,5 g mesalazine per dag). Kinderen van 6 jaar en ouder en adolescenten: bij behandeling van acute episodes, afhankelijk van de ernst van de ziekte, dient 30-50 mg mesalazine/kg/dag te worden toegediend eenmaal daags bij voorkeur 's ochtends. Als onderhoudsbehandeling kan 15-30 mg mesalazine/kg/dag worden gegeven verdeeld over 2 doses. In het algemeen wordt aanbevolen dat aan kinderen met een lichaamsgewicht beneden 40 kg de helft van de dosering voor volwassenen kan worden gegeven en aan kinderen met een gewicht boven 40 kg de volledige dosering voor volwassenen. Bijwerkingen: maagdarmselstoelandoeningen (zelden, $\geq 0,01\%$ - $< 0,1\%$): buikpijn, diarree, flatulentie, misselijkheid, braken. Zenuwstelselstoelandoeningen: hoofdpijn, duizeligheid (zelden, $\geq 0,01\%$ - $< 0,1\%$). Perifere neuropathie (zeer zelden, $< 0,01\%$). Nier- en urinewegstoelandoeningen (zeer zelden, $< 0,01\%$): vermindering van de nierfunctie, waaronder acute en chronische interstitiële nefritis en nierinsufficiëntie. Overgevoeligheidsreacties (zeer zelden, $< 0,01\%$): allergisch exantheem, farmacogene koorts, bronchospasmen, peri- en myocarditis, acute pancreatitis, allergische alveolitis, lupus erythematoses, pancolitis. Skeletspierstelsel- en bindweefselstoelandoeningen (zeer zelden, $< 0,01\%$): myalgie, artralgie. Bloed- en lymfestelselstoelandoeningen (zeer zelden, $< 0,01\%$): afwijkingen van het bloedbeeld (aplastische anemie, agranulocytose, pancytopenie, neutropenie, leukopenie, trombocytopenie). Lever- en galstoelandoeningen (zeer zelden, $< 0,01\%$): afwijkingen van parameters van de leverfunctie (verhoogde concentratie transaminasen en parameters van cholestasis), hepatitis en cholestatische hepatitis. Huid- en onderhuidstoelandoeningen (zeer zelden, $< 0,01\%$): alopecia. Voortplantingsstelsel- en borststoelandoeningen (zeer zelden, $< 0,01\%$): oligospermie (reversibel). Contra-indicaties: bestaande overgevoeligheid voor salicylzuur en zijn derivaten of voor één van de hulpstoffen, ernstige lever- en nierfunctiestoornis, bestaande ulcus ventriculi of ulcus duodeni, hemorragische diathese. Waarschuwingen: Voorafgaand aan en tijdens de behandeling dient een controle van het bloed (differentiaal bloedtelling; leverfunctieparameters zoals ALT of AST, serum creatinine) en de urine (dip sticks) te worden verricht, indien de behandelend arts dit noodzakelijk acht. Wanneer er andere verschijnselen optreden, dient er onmiddellijk een controle plaats te vinden. Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met een leverfunctiestoornis. Gebruik van Salofalk® Granu-Stix® wordt afgeraden bij patiënten met een nierfunctiestoornis. Er moet rekening worden gehouden met mesalazine-geïnduceerde niertoxiciteit wanneer de nierfunctie achteruit gaat tijdens de behandeling. Patiënten met een longziekte, met name astma, dienen zeer zorgvuldig te worden gecontroleerd tijdens een behandelingskuur met Salofalk® Granu-Stix®. Patiënten met een voorgeschiedenis van overgevoeligheid voor preparaten die sulfasalazine bevatten dienen zorgvuldig te worden bewaakt bij het begin van een behandelingskuur met Salofalk® Granu-Stix®. Bij het optreden van onverdraagzaamheidsreacties, zoals krampen, acute buikpijn, koorts, hevige hoofdpijn en rash, dient de behandeling onmiddellijk te worden gestaakt. Bij patiënten met fenyketonurie dient men er rekening mee te houden dat 500 mg, 1000 mg en 1,5 g Salofalk® Granu-Stix® alsparzaam als zoetstof bevatten, overeenkomend met 0,56 mg (Salofalk® 500 mg Granu-Stix®), 1,12 mg (Salofalk® 1000 mg Granu-Stix®) en 1,68 mg (Salofalk® 1,5 g Granu-Stix®) fenylalanine. Salofalk® Granu-Stix® dient niet gebruikt te worden bij kinderen jonger dan 6 jaar. Verpakking: doos met 60 sachets (alleen Salofalk® 1,5 g Granu-Stix®) of 100 sachets. Afleverstatus en vergoeding: U.R. en volledig vergoed. RVG 28130, RVG 28131 en RVG 100059. Registratiehouder: Dr. Falk Pharma GmbH, Duitsland. Voor informatie: Dr. Falk Pharma Benelux B.V., Breda, 076-5244200 of raadpleeg de volledige SPC. Versie verkorte SPC-tekst: 20100427



www.dr.falkpharma-benelux.eu

Claudius Prinsenlaan 136A 4818 CP Breda Tel +31 (0)76 524 42 00 info@dr.falkpharma-benelux.eu

01-SGS-ad-10

Clear. Easy. Different.

Hi LINE
HD+

Hi Line and i-scan. Outstanding precision in endoscopy.



PENTAX Nederland B.V. Life Care

Lage Mosten 35
4822 NK BREDA - Nederland
Tel.: 076 - 531 30 31
Fax: 076 - 531 30 00
E-Mail: lifecare@pentax.nl

**Bezoek onze stand tijdens Amsterdam Live Endoscopy op
13 en 14 december 2010!**

www.pentaxlifecare.nl

PENTAX

Be good... and tell it!

Als MDL-artsen leveren wij voor het overgrote deel prima en veilige zorg. Het is jammer dat dit onvoldoende tot de buitenwereld doordringt. Gelukkig krijgen wij steeds meer de kans onze uitstekende prestaties te etaleren. Wij moeten daarvan dan ook volop gebruikmaken. Het is onze eer te na de beoordeling en zelfs veroordeling van de buitenwacht over ons af te roepen (zie CZ!). De commissie Kwaliteit van de NVMDL werkt voortvarend aan richtlijnen, kwaliteitsindicatoren, complicatieregistratie en veiligheid en biedt zo ieder de kans te laten zien wat hij of zij waard is.

Richtlijnen als digitaal 'Handboek soldaat'

De commissie is doende een draaiboek voor ontwikkeling, onderhoud en implementatie van richtlijnen te maken. Deze ambitie moet op korte termijn leiden tot een actueel digitaal 'Handboek soldaat' voor de MDL-arts, inclusief kwaliteitsindicatoren en e-learning. Naast de eigen richtlijnontwikkeling wordt de NVMDL betrokken bij die van belendende disciplines. Alle conceptrichtlijnen staan ter inzage op de website van de NVMDL (www.mdl.nl). Het staat iedereen vrij binnen de daartoe gestelde termijn te reageren. Om de respons te vergroten, wil de commissie overgaan tot het instellen van leescommissies.

De richtlijnen die door de NVMDL worden geïnitieerd of waarvan de impact voor onze bedrijfsvoering groot is, vragen extra aandacht. Dit jaar zijn dat er vier: Gastro-oesophageale refluxziekten, Sedatie door niet-anesthesiologen, Bloedingen in de tractus digestivus en Oesofaguscarcinoom.

Kwaliteitsindicatoren MDL in IGZ en Zichtbare Zorg

Twee systemen van kwaliteitsindicatoren zijn landelijk door de koepelorganisaties en

dus door de NVMDL geautoriseerd: de Basisset kwaliteitsindicatoren van de IGZ (gericht op veiligheid) en de kwaliteitsindicatoren van Zichtbare Zorg Ziekenhuizen (gericht op kwaliteit en doelmatigheid). Inmiddels zijn de kwaliteitsindicatoren 'Endoscopie binnen 24 uur bij bloeding proximale tractus digestivus' en 'Aan/afwezigheid 24-uurs/7dagen endoscopische interventiefaciliteit' in de basisset van de IGZ opgenomen. Voor de Basisset 2012 heeft de NVMDL de Inspectie voorgesteld indicatoren op te nemen met betrekking tot aan/afwezigheid digitale verslaglegging en aan/afwezigheid digitale borging scopendesinfectie. Tevens is voorgesteld indicatoren op te nemen met betrekking tot de kwaliteit van de coloscopie, *in casu* het percentage coecumintubaties en het percentage gevonden adenomen. In het kader van Zichtbare Zorg zijn recent indicatoren gepubliceerd voor het maagcarcinoom. Voorwaarde bij het ontwerp van kwaliteitsindicatoren is dat zij gemakkelijk digitaal te verkrijgen zijn.

Complicatieregistratie werkt!

Inmiddels beschikt de NVMDL over een uniek systeem van landelijke complicatieregistratie. Vrijwel alle maatschappen en vakgroepen nemen deel. De eerste analyses zijn gaande. Resultaten hiervan verwacht de commissie in het voorjaar van 2011 te kunnen publiceren. Met de inbreng van velen wordt de vorm van registratie voortdurend geoptimaliseerd. Ook de ZBC's (in oprichting) nemen deel.

Veiligheid

Het NVMDL-project 'Veilige Endoscopie' is van start gegaan. Doel is te komen tot een risicoprofiel van onze endoscopische activiteiten en daaruit veiligheidsnormen te deduceren. Voorts wordt door ons hard gewerkt aan het invoeren van een time-out-

procedure voorafgaand aan endoscopische verrichtingen, naar analogie van hetgeen binnen de chirurgie inmiddels gangbaar is.

Financiering

Financiering komt uit de kwaliteitsopslag van € 0,50 per DBC. Deze kwaliteitsgelden worden beheerd door de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten. Deze dient achteraf verantwoording af te leggen aan het Ministerie van VWS. Grondige onderbouwing van aanvragen is een vereiste. De commissie is er dit jaar wederom in geslaagd financiering voor het merendeel der ingediende projecten te verkrijgen.

Nationaal Kwaliteitsinstituut Gezondheidszorg

In het regeerakkoord van oktober 2010 is besloten te komen tot de oprichting van het Nationaal Kwaliteitsinstituut Gezondheidszorg. Hierin moet alle expertise op het gebied van kwaliteit, nu nog verspreid over verschillende instanties, samenkomen. Het instituut regisseert richtlijnontwikkeling, maakt uitkomsten openbaar en beoordeelt de zorg op kwaliteit, doelmatigheid en veiligheid. De Orde stelt zich pro-actief op en formeert een *task force* die moet garanderen dat de professionals op adequate wijze op dit initiatief reageren. Wordt vervolgd!

*Willem Moolenaar, MDL-arts en voorzitter
Commissie Kwaliteit NVMDL*

Symposium Veiligheid en Kwaliteit 2011

Het tweede NVMDL Symposium Veiligheid en Kwaliteit zal worden gehouden op **donderdag 19 mei 2011**. Plaats en programma worden binnenkort bekendgemaakt. Komt allen!



Resultaten uit de SONIC-studie¹

De eerste head-to-head RCT van azathioprine (AZA) met een anti-TNF biological in patiënten met de ziekte van Crohn:

- Een behandelregime gebaseerd op Remicade is beter in staat steoïdvrije remissie te bereiken dan AZA monotherapie in AZA - naïve patiënten*
- Remicade bereikt volledig mucosaal herstel bij bijna de helft van de patiënten na 26 weken**
- Patiënten met hoog CRP en mucosale laesies op baseline hebben vooral voordeel bij behandeling met Remicade
- Veiligheid in SONIC is vergelijkbaar tussen de verschillende behandelgroepen

* Combinatiegroep beter dan Remicade monotherapie,
Remicade monotherapie beter dan AZA monotherapie

** Combinatiegroep Remicade + AZA

Produktinformatie elders in dit tijdschrift.

Internationale prijs voor aanpak ondervoeding in de zorg

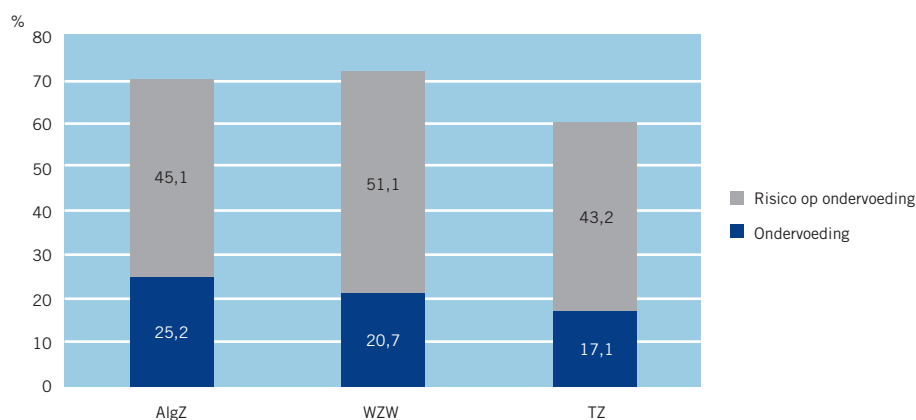
Onlangs kreeg de Nederlandse vereniging voor klinische voeding en metabolisme (NESPEN) de MNI Grant voor Best initiative to Fight Malnutrition tijdens het jaarlijkse Europese voedingscongres van ESPEN. Daarmee krijgen de activiteiten die de laatste jaren in Nederland zijn ontwikkeld in de strijd tegen ondervoeding, Europese erkenning.

De aanpak in Nederland wordt uitgevoerd door de Stuurgroep Ondervoeding in samenwerking met het Ministerie van VWS en de Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen (LPZ) van de Universiteit Maastricht. Aan de prijs is een geldbedrag van € 30.000 verbonden. Deze geldprijs komt ten goede aan een project ter bestrijding van ondervoeding bij ziekte.

Ondervoeding vertraagt herstel

Aandacht voor ondervoeding is nog steeds nodig. Ruim 25% van de mensen die worden opgenomen in het ziekenhuis, blijkt ondervoed. Ditzelfde geldt voor bijna 21% van de ouderen in zorginstellingen en iets meer dan 17% van de cliënten met thuiszorg.

(Landelijke Prevalentiemeting Zorgproblemen, augustus 2010)



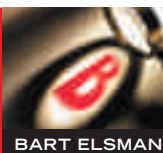
Figuur 1. Prevalentie (risico op) ondervoeding LPZ in 2010 (%)

AlgZ = Algemeen ziekenhuis; WZW = Wonen-zorg-welzijn (verpleeg- en verzorgingshuizen); TZ = Thuiszorg

Screeningsinstrumenten

De Stuurgroep Ondervoeding heeft een richtlijn *Screening en behandeling van ondervoeding* opgesteld met daarin de inmiddels ontwikkelde screeningsinstrumenten. Zo is er voor screening in het ziekenhuis een *Short Nutritional Assessment Questionnaire* (SNAQ), waarmee met drie vragen wordt bepaald of sprake is van ondervoeding. Een ander, meer diagnostisch instrument, de *Malnutrition Universal Screening Tool* (MUST), meet zowel de *Body Mass Index* (BMI) van de patiënt als het procentuele gewichtsverlies en er wordt een ziektefactor toegekend. Het behandelplan varieert van het aanbieden van energie- en eiwitrijke maaltijden tot volledige begeleiding door een diëtist. Essentieel is de voedingstoestand te blijven volgen. De volledige richtlijn kunt u downloaden van www.mdl.nl/MAGMA. Kijk voor meer informatie ook op www.stuurgroepondervoeding.nl.

COLUMN



BART ELSMAN

POLIKLINIEK MDL 1982

Toen ik bij de polikliniek aankwam, zaten ze naast elkaar op mij te wachten: drie zwarte nonnen op leeftijd en Sarah, een negentienjarige drugsverslaafde dochter van een Duitse prostituee, met ontbloot bovenlichaam, alleen bedekt door fietskettingen en hangsloten. Een groter contrast leek niet mogelijk.

Zuster Helène, tachtig jaar, werd vergezeld door twee andere Carmelitesen. Ze had een buisje gekregen door een irresectabele slokdarmtumor. Ze vertelde me, dat ze vanuit een dorp in Friesland al op achttienjarige leeftijd in een klooster in Brabant was ingetrokken. Ze mocht nooit naar buiten. Ze mocht zelfs niet naar huis toen haar moeder op sterven lag. Een offer voor God, dat ze gehoorzaam had gebracht. Maar de laatste jaren was alles veranderd: het klooster in Brabant was opgeheven en ze kwam met een aantal zusters in een huis in Amsterdam. Ze mocht zelfs buiten wandelen en naar de tv kijken, maar alleen naar buitenlandse reizen van de paus en dat waren er veel. Zo had ze nog heel wat van de wereld gezien.

Zuster Helène was tevreden en dankbaar. Ze kon weer eten en drinken totdat ze een half jaar later overleed.

Sarah was heroïneverslaafde en woonde in een kraakpand. Haar vader had ze nooit gekend, haar moeder werkte in een bordeel. Ze had klachten van buikpijn en diarree. Toen ik haar buik wilde onderzoeken, gaf ze me een sleutelbos, zodat ik haar kon helpen zich te ontdoen van de kettingen. Na het onderzoek heb ik de kettingen weer zorgvuldig op de door haar gewenste manier aangebracht.

Sarah bleek de ziekte van Crohn te hebben. Tijdens een behandeling met prednison maakte ze een eind aan haar leven.

‘Geneesmiddelenonderzoek is geen spijkerbroek assembleren’

Nederland behoort tot de wereldtop van het medisch onderzoek. Een positie die vooral te danken is aan de hoogwaardige kennis van onderzoeksmethoden, de inhoudelijke medische kennis en de medische infrastructuur van Nederland. De onverhoedse sluiting van de onderzoeksafdelingen van MSD in Oss en Abbott in Weesp hebben de kwetsbaarheid van die positie duidelijk gemaakt.

Adam Cohen prijst nog steeds de beslissing om het Centre for Human Drug Research (CHDR) in Leiden in de vorm van een stichting te gieten. “Wij hoeven geen winst te maken”, zegt de hoogleraar farmacologie en wetenschappelijk directeur van het CHDR. “Alles wat we verdienen, investeren we in onderzoek en kennis. Als we iets overhouden, dan gaat dat naar de universiteit. Wij hebben geen aandeelhouders die zeggen dat de winst omhoog moet. Of toezichhouders die om meer wetenschappelijke publicaties vragen. Onze mensen publiceren al meer dan genoeg. Toch zijn we een bedrijf en zijn we commercieel ingesteld, omdat we geld moe-

ten verdienen voor ons voortbestaan. Maar we doen dat op een zo ingewikkelde manier dat het niet zo interessant is om het CHDR over te nemen.”

Cohen heeft nog de gouden tijd van de farmaresearch meegemaakt. Hij werkte in de jaren tachtig op de onderzoeksafdeling van Wellcome in Engeland. Met vier Nobelprijswinnaars als bazen. Met een golf aan innovatieve ontwikkelingen die het ene na het andere nieuwe medicijn opleverde. Wellcome werd overgenomen door Glaxo-SmithKline en bestaat niet meer. In 1986 zocht zijn oude hoogleraar prof. dr. Douwe Durk Breimer contact met Cohen en polste zijn belangstelling om hem te helpen bij het

opzetten van een centrum voor onderzoek naar medicijnen.

‘We zijn uniek...’

Cohen: “Dat was in de tijd dat het bedrijfsleven – niet alleen in de farmacie – door drongen raakte van het besef dat kwaliteit veel meer aandacht moest krijgen. Op onderzoeksgebied deden we toen maar wat. Daar kwamen wel interessante ontwikkelingen uit voort, maar het ontbrak aan structuur. Het omslagpunt was een onderzoek, waarbij dramatische fouten zijn gemaakt door te werken met onbetrouwbare data. Het heeft mij altijd verbaasd dat Nederlandse ziekenhuizen die kwaliteitsslag in de research massaal hebben genegeerd. Zij hebben daardoor een markt gemist, waarin nu vele miljarden omgaan. In dat gat zijn wel de commerciële bedrijven gesprongen die research op contractbasis aanbieden. Ziekenhuizen waren niet gewend om naar de markt te kijken en daar kansen te ontdekken.”

Uit het niets bouwden Breimer en Cohen het CHDR op tot een researchafdeling met

Zelfreinigend vermogen

“De inflatie van het begrip ‘significant’ is een ernstige zaak, die de effectiviteit en geloofwaardigheid van het medisch onderzoek ondermijnt. Gelukkig heeft de medische researchgemeenschap een groot zelfreinigend vermogen. Er gaan dingen mis, die worden aan de kaak gesteld, en dan komt er een oplossing. In het verleden zijn ooit proefpersonen in medische experimenten misleid en beschadigd; als antwoord daarop hebben we nu medisch-ethische toetsingscommissies die tevoren goedkeuring moeten geven aan iedere medisch-wetenschappelijke handeling en die zelfs iedere tekst beoordelen waarmee onderzoekers proefpersonen willen werven. Een andere misstand was het wegmoffelen van studies door de farmaceutische industrie als de uitkomsten haar slecht uitkwamen; als antwoord daarop bestaat sinds

kort de verplichting om elke studie bij mensen openbaar te maken in een register van medische experimenten zodra de werving van proefpersonen begint. Ook de financiële relaties tussen artsen en de farmaceutische industrie worden steeds meer openbaar gemaakt. (...) Voor de schijnsignificanties komt er dus hopelijk ook wel een oplossing. Maar zover is het nog niet, en daarom is het goed dat u weet hoe weinig ‘statistisch significant’ betekent.”

Prof. dr. Martijn Katan, hoogleraar Voedingsleer aan de VU in Amsterdam, in het wetenschapskatern van NRC. Kijk voor zijn volledige column *Overheersende toevalstreffers* op <http://weblogs.nrc.nl/wetenschap-columns/2010/05/15/overheersende-toevalstreffers>.



Adam Cohen op de plek waar het nieuwe gebouw voor het Centre for Human Drug Research in Leiden is gepland. Ontwikkelingen in het medicijnenonderzoek maken nieuwbouw noodzakelijk. “Proefpersonen kun je niet, zoals in het begin, onderbrengen in grote zalen. We werken niet meer met uitsluitend jonge, gezonde mensen. We betrekken steeds meer patiënten bij het onderzoek of specifieke groepen zoals kinderen en bejaarden. We hebben een flexibele omgeving nodig die aan te passen is aan de doelgroepen.”

internationale faam. “Wij zijn uniek... in ieder geval één van de weinige research-instellingen die niet heeft gekozen voor specialisatie in de methodologie of de inhoud van de onderzoeken. Wij doen beide tegelijk. Dat is alleen maar belangrijker geworden doordat onderzoek naar medicijnen steeds complexer wordt. Het is een proces met steeds meer interactie tussen alle onderdelen. Medicijnen houden zich niet aan de grenzen van de medische specialismen. Wij kunnen het hele medische spectrum en alle interacties overzien. In Engeland zijn slachtoffers gevallen bij de ontwikkeling van een immunologisch geneesmiddelen door extreme outsourcing, waardoor de samenhang verloren ging. Ons werk is niet te vergelijken met het maken van een spijkerbroek, waarvan je het ontwerp, de productie van de stof, het maken van de onderdelen en de assemblage van de broek heel goed kunt onderbrengen in verschillende landen.”

Wat voor artsen-onderzoekers telkens een nieuwe ervaring is en wat zij iedere keer

opnieuw moeten uitvinden, is voor het CHDR een onderdeel van de professie. Bijvoorbeeld de procedures die gelden voor de medisch-ethische commissie. “Artsen moeten hun onderzoek combineren met werkdruk, contacten met patiënten, een toenemende administratieve last. Zo kan er een situatie ontstaan dat bij een integer onderzoek dingen misgaan met bijvoorbeeld de wijze van verzamelen en verwerken van data. Dat is een onaanvaardbaar risico en dat geldt in nog sterkere mate voor wat wij doen, het testen van prototypen van geneesmiddelen.”

Verbinding tussen specialisten

De toegevoegde waarde van de geïntegreerde benadering van geneesmiddelenonderzoek levert veel meer op dan een veilig onderzoek naar prototypen van medicijnen met proefpersonen. De twintig tot vijftwintig onderzoeksprojecten per jaar en de aanvragen waarin het CHDR zich moet verdiepen, dragen bij aan kennis van medicijnen en onderzoek. Het is de bron voor de kwaliteit van onderzoekers, een brede en

diepgaande ervaring, het universitaire onderwijs, het stagebeleid van de universiteit en voor een inspirerende werkomgeving.

“Ik ben bij het CHDR begonnen met het idee dat een jaar of drie te doen. Dat was drieëntwintig jaar geleden. Wat we doen, is zo interessant en levert steeds weer zo veel nieuwe ontwikkelingen op dat het zonde is om weg te gaan.”

Cohen vindt het leggen van verbindingen minstens zo belangrijk als het research-aspect. “Wij vormen de verbinding tussen specialisten die een diepgaande kennis hebben van een onderdeel van hun vak. Wij brengen hen in contact met onze specialisten die de methodologie van het onderzoek beheersen en in zekere zin over een oppervlakkige medische kennis beschikken. Die is net voldoende om zich te kunnen verdiepen in wat de specialist wil onderzoeken. Die combinatie levert een professionele omgeving op waarin onderzoekers tot bloei kunnen komen én de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen.”

Zoektocht naar medicijnen steeds ingewikkelder

Het ontwikkelen van nieuwe geneesmiddelen doet een steeds groter beroep op het innovatieve vermogen van onderzoekers en de farmaceutische industrie. De onderzoeksvraag vernauwt zich meer en meer tot kleine doelgroepen van patiënten of tot een specifieke onderdelen van het ziekteproces. Dat maakt de farmaresearch interessant, maar ook tijdrovend en vooral kostbaar.

Het Centre for Human Drug Research anticipeert op de veranderende tijdgeest in onderzoeksland door veel tijd te steken in de efficiency van het onderzoeksproces en het optimaal benutten van de mogelijk-

heden van de automatisering. “We zijn nu zover dat als we de laatste gegevens van een onderzoek hebben ingevoerd, binnen tien minuten de tussentijdse rapportage uit de computer rolt”, aldus Adam Cohen, weten-

schappelijk directeur CHDR. “Ons grote kapitaal is de database waarin we vanaf 1990 alle onderzoeksgegevens hebben opgeslagen. Daarin vind je elke bloeddrukmeting terug.”

Het CHDR ligt ergens verscholen in het Bio Science Park van Leiden. De reputatie op onderzoeksgebied is aanzienlijk groter dan het bescheiden onderkomen. Cohen slaat het laatste nummer van het *Journal of*

Lees verder op pagina 110.

Aan de eis van een publicatie valt niet te tornen

Vervolg van pagina 109.

Psychopharmacology op: vijf publicaties staan op naam van CHDR-medewerkers.

Werkzaamheid en veiligheid

Het CHDR is opgericht om samen met de industrie en de universiteit een concept te ontwikkelen dat het mogelijk maakt zo snel mogelijk de werkzaamheid en de veiligheid van een geneesmiddel in ontwikkeling vast te stellen. Snelheid is belangrijk, omdat met beslissingen over het wel of niet doorzetten van de verdere ontwikkeling heel veel geld is gemoeid.

“De basisvraag voor onze onderzoeken is hoe het lichaam reageert op een geneesmiddel en of het effectief is voor de behandeling”, zegt Adam Cohen. “In de tijd van de

grote en brede onderzoeken deden we dat met grote groepen gezonde proefpersonen. Nu moeten we ook een beroep doen op patiënten of speciale doelgroepen. De afweging of we een onderzoek wel of niet uitvoeren, begint met de onderzoeksvraag die de industrie of de onderzoeker aan ons voorlegt. Soms is meteen duidelijk dat we daarmee iets kunnen en welk instrumentarium wij daarvoor moeten inzetten. Het gaat om het *hoe* en de W-vragen: *waarom*, *wat*, *wanneer* en *wie* (de proefpersonen). Soms is even snel duidelijk dat we niet aan de vraag kunnen voldoen of overleggen we met onderzoekers over een andere formulering.”

Wetenschappelijke Raad

De uiteindelijke beslissing ligt bij de Wetenschappelijke Raad van het CHDR, die

bestaat uit alle medewerkers en deskundigen. “We proberen de discussie in een zo vroeg mogelijk stadium te voeren. Als de onderzoeksopzet al volledig is uitgekristalliseerd, kun je niet meer kneden naar wat voor ons belangrijk is.”

Na het groene licht van de Wetenschappelijke Raad wordt het protocol geschreven, een projectleider of onderzoeker benoemd en de ethische commissie ingeschakeld.

“Als we de brief van de ethische commissie binnen hebben, kunnen we meteen aan de slag.”

Het hele proces van de opzet van het onderzoek, de uitvoering van de testen, de registratie en verwerking van de gegevens wordt gestuurd door Promasys, software die speciaal is ontwikkeld voor het managen van klinisch geneesmiddelenonderzoek. Onderzoekers kunnen daarmee zelf een database voor hun onderzoek opzetten.

Geen veto op publicatie

De laatste fase van het onderzoek is de publicatie van de resultaten. Cohen is trots op de contractuele afspraak dat aan de eis van een publicatie niet valt te tornen. Opdrachtgever noch onderzoeker mag daarover een veto uitspreken. “De enig denkbare uitzondering is uitstel van de publicatie als sprake is van patenten die moeten worden geregistreerd. Dat moet eerst geregeld zijn voordat de publicatie kan verschijnen. Het is overigens een afspraak die de industrie van harte omarmt”, zegt Cohen. “Bij wetenschappelijk onderzoek wordt vaak met enige argwaan naar de industrie gekeken. Dat is niet terecht. We vergeten dat er ook voor onderzoekers veel op het spel staat als blijkt dat een hypothese, die zij vol overtuiging hebben aangehangen, niet klopt. Dan kan je wetenschappelijke carrière opeens op het spel staan.”



Onderzoek bij mensen kan niet zonder medisch-ethische toetsing

De medisch-ethische toetsingscommissie (METC) is een zelfstandig bestuursorgaan, dat is ingesteld om voorgenomen wetenschappelijk onderzoek bij mensen te beoordelen. In de METC zitten ten minste twee artsen, een jurist, apotheker, klinisch farmacoloog, methodoloog, ethicus en een lekenlid. De METC wordt ondersteund door een ambtelijk secretaris en staat onder leiding van een voorzitter. Deze wordt benoemd door de Raad van Bestuur van het ziekenhuis, waaraan de METC is verbonden. De Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO) beoordeelt en stemt in met de benoemingen van alle leden van de METC. De taak van de METC: het beoordelen van voorgenomen medisch-wetenschappelijk onderzoek volgens de richtlijnen van de Wet op Medisch-wetenschappelijk Onderzoek (WMO). Deze wet heeft betrekking op wetenschappelijk onderzoek waarbij personen aan handelingen worden onderworpen of aan hen gedragsregels worden opgelegd. De WMO is van kracht sinds 1 december 1999.

Bescherming proefpersonen

De kern van de WMO draait om het beschermen van de proefpersoon. Dit wordt voor een groot deel gewaarborgd door onder andere het schriftelijk informeren van de proefpersoon, het beschikbaar zijn van een niet bij het onderzoek betrokken arts om de patiënt te kunnen informeren en het afsluiten van een risicoverzekering. De patiënt moet altijd schriftelijk toestemming geven voor het onderzoek. De wet stelt extra eisen aan onderzoek bij kinderen en wilsonbekwame personen. Bij de beoordeling wordt het wetenschappelijk en maatschappelijk belang van het onderzoek afgewogen tegen de risico's en belasting voor de proefpersoon.

Onderzoeksprotocol kost tijd

Zelf heb ik met beide kanten van de medisch-ethische toetsingscommissie (METC) te maken. Enerzijds als indiener van wetenschappelijke studies bij patiënten, maar ook als voorzitter en lid van de METC met het beoordelen van ingediende studies. Veel collega's (en ik hoor daar ook bij) zien erg op tegen het indienen van een studieprotocol. Het is veel werk, je krijgt altijd vragen, die weer veel tijd kosten om te beantwoorden, het proefpersoneninformatieformulier (PIF) is nooit goed en het hele proces neemt vele weken in beslag. Een veel gehoorde klacht is dat de METC vertragend werkt. Sommigen zien de METC zelfs als een obstakel voor patiëntgebonden onderzoek. Echter, medisch-wetenschappelijk onderzoek bij mensen kan niet zonder een gedegen toetsing. De METC beoordeelt of het voorgenomen onderzoek relevant en vernieuwend is. Maar ook of de belasting en risico's voor de proefpersonen in verhouding staan met de wetenschappelijke vraagstelling. De recente discussie rondom de PROPATRIA-studie onderstreept nog eens het belang van een zorgvuldige beoordeling, maar ook van het goed opzetten van de studie en het monitoren van de veiligheid. In veel gevallen is het instellen van een 'Data Safety Monitoring Board' een verplichting.

Voorkom vertraging

Als voorzitter van de METC van het Erasmus MC weet ik dat de toetsing zorgvuldig gaat, maar ook dat het binnen de wettelijke termijnen van zes weken plaatsvindt. Vertraging komt meestal voort uit het incompleet aanleveren van de documenten, onduidelijkheid over de vraagstelling van het onderzoeksvoorstel en vertraging bij de beantwoording van de door de METC gestelde vragen. Daarom hier:

TIEN TIPS om uw onderzoeksvoorstel soepel door de METC te loodsen

1. Omschrijf het studiedoel en de relevantie van de studie duidelijk en volledig.
2. Omschrijf de standaarddiagnostiek/behandeling van de studiepopulatie en hoe de studie hiervan afwijkt (schema van studie met vermelding van alle 'handelingen'!).
3. Kies correcte methoden en adequate statistiek; overleg met een methodoloog.
4. Besteed voldoende tijd aan het schrijven van de proefpersoneninformatie (PIF).
5. Zorg ervoor dat onderzoeksprotocol, ABR en PIF op elkaar zijn afgestemd.
6. Neem tijdig contact op met de apotheek (in verband met placebobereiding, blinding, et cetera).
7. Laat de industrie niet bepalen hoe jij onderzoek doet.
8. Denk na over de benadering van potentiële deelnemers: hoe ga je de proefpersonen werven, hoeveel bedenktijd voorzie je?
9. Zorg dat je een volledig dossier indient.
10. Wees aardig voor de mensen van de METC.

Ik ben ervan overtuigd dat deze tien tips gaan helpen bij de indiening van een onderzoeksprotocol. Een zorgvuldige indiening is in het belang van goed medisch-wetenschappelijk onderzoek op het gebied van maag-darm-leverziekten.

Herold Metselaar, MDL-arts, Erasmus MC Hoogleraar Leverfalen & Levertransplantatie
Voorzitter METC Erasmus MC



Zet onderzoekers midden in de praktijk van het ziekenhuis. Bied een inspirerend platform voor contacten tussen onderzoekers en klinici. Zorg voor uitstekende onderzoeksfaciliteiten. En de translationele geneeskunde kan een waardevolle bijdrage leveren aan de toekomst van de gezondheidszorg. De visie van het UMC Groningen op wetenschappelijk onderzoek.

FOLKERT KUIPERS (UMCG) OVER ZIEKENHUIS EN WETENSCHAP

‘Onderzoekers moeten zelf voor benzine zorgen’

De toekomst van de gezondheidszorg is gediend met onderzoekers van topniveau, maar in Groningen bevinden die zich niet in een ivoren toren. In afzondering ontstaan misschien baanbrekende ideeën, maar het is niet de ideale plek om die verder te brengen en anderen te inspireren. Daarom hebben de meeste laboratoria in het UMCG een plaats gekregen in of vlakbij de klinieken.

“Wil je, zoals wij, translationeel onderzoek optimaal tot bloei laten komen, dan moeten dokters en wetenschappers regelmatig met elkaar praten en bij elkaar over de vloer komen. In de historie zijn veel voorbeelden te vinden van belangrijke ontdekkingen die het resultaat zijn van samenwerking tussen dokters met een klinische vraag en basale onderzoekers. Zo zijn bijvoorbeeld de cholesterolverlagende statines ontdekt.” Dat zegt Folkert Kuipers, sinds september 2008 decaan en lid raad van bestuur van het UMCG. Van huis uit is hij biochemicus, onderzoeker en hoogleraar Kindergeneeskunde en voormalig hoofd van het laboratorium Kindergeneeskunde van het UMCG.

Grootschalige veroudering

Wat al de verschillende disciplines binnen het UMCG met elkaar verbindt? De missie van het UMCG – bouwen aan de toekomst van de gezondheidszorg – en de keuze voor één centraal onderzoeksthema: Healthy Ageing.

Kuipers licht deze keuze toe: “Healthy Ageing is sociaal relevant. In onze samenleving voltrekt zich een grootschalige verou-

dering, met alle maatschappelijke en economische problemen van dien. We moeten verouderingsgerelateerde ziekten voorkomen en bij voorkeur genezen met minder handen aan het bed. Daar ligt dus een zinnige taak voor wetenschappelijk onderzoek. De keuze voor Healthy Ageing past goed bij Groningen, omdat ons ziekenhuis de afgelopen vijftig jaar veel basaal en klinisch onderzoek heeft gedaan naar chronische ziekten. Veel van die ziekten komen gecombineerd voor, vooral op latere leeftijd. Mensen met diabetes hebben een verhoogde kans op hart- en vaatziekten en depressies. Als je aan een depressie lijdt, zijn hart- en vaatziekten een groot risico. Het UMCG onderscheidt zich ook door het uitvoeren van omvangrijke cohortstudies onder patiënten en onder de bevolking (zie kader). Vergrijzing is dé topic voor het onderzoek in de komende jaren. Het is het kruispunt waarop nationale en internationale instituten elkaar ontmoeten. Daar willen wij een toppositie innemen. Op onderwijsgebied hebben we die al. Voor onderzoek zijn we daarnaar op weg. Een dergelijke positie vereist substantiële *funding*. Zo hebben we voor onze populatiestudie Lifelines in totaal € 96 miljoen bijeengebracht en vorig jaar middelen voor de realisatie van ERIBA dat we eind volgend jaar in gebruik nemen.”

Internationaal topinstituut

ERIBA (European Research Institute on the Biology of Ageing) wordt een internationaal topinstituut voor basaal onderzoek naar de biologische grondslagen van veroudering.

Het moet een plek bieden aan toponderzoekers uit de hele wereld. Zij moeten elkaar uitdagen en vooral de blik op de buitenwereld gericht houden.

“Wij verwachten dat deze toppers samenwerking aangaan met andere UMCG-onderzoekers. Zo moeten er impulsen ontstaan die de kwaliteit van ons wetenschappelijk onderzoek op een hoger peil brengt. De samenwerking moet mensen op ideeën brengen voor onderzoek.”

Zijn alle ideeën welkom en kan alles in ERIBA?

Kuipers: “We zijn een ziekenhuis. Dat schept de verplichting dat alles wat wij aan onderzoek doen – op termijn – gericht moet zijn op het verbeteren van de gezondheidszorg. Je kunt hier selectief en gericht onderzoek doen naar bijvoorbeeld een bepaald gen, maar aan het einde van de dag moet je wel kunnen uitleggen wat het werk voor nut heeft gehad voor het UMCG. Ik moet mijn werk als bestuurder ook kunnen uitleggen in termen van maatschappelijke of economische relevantie.”

Moet onderzoek altijd klinisch gericht zijn? Is de wetenschap niet ook gediend met mensen die uit het raam kijken en zo tot briljante ideeën komen?

“Onderzoek en innovatie zijn gediend met mensen met een frisse kijk en die niet vastzitten aan een denkrichting die in de loop der jaren is gevormd. In onze visie ontstaat innovatie op kruispunten waar artsen, onderzoekers en mensen van heel andere disciplines elkaar ontmoeten. Door met elkaar in gesprek te gaan, ontstaan nieuwe inzichten en nieuwe ideeën voor onderzoek.

We werken samen met de Faculteit Economie en Bedrijfskunde op het gebied van e-healthtechnologie. Door gebruik te maken van internet en aanverwante technieken denken we mensen langer thuis te kunnen behandelen. Er is ook nauwe samenwerking met de Faculteit Wiskunde en Natuurwetenschappen om vanuit de bio-informatica en systeembioologie nieuwe gedachten te ontwikkelen over het ontstaan van ziekten en wat je daaraan zou kunnen doen.”

Nieuwe vragen en nieuwe mogelijkheden

Zijn al die verschillende disciplines wel gewend met elkaar te communiceren?

“Dat gaat in ieder geval gebeuren. We stimuleren dat door seminars en werkoverleg te organiseren. De keuze voor thema's bevordert ook de communicatie. Onderzoekers en artsen komen vanuit verschillende richtingen naar ERIBA, maar ze spreken al voor een deel de taal van Healthy Ageing. Een dokter die zich heeft gespecialiseerd in genetica, kan natuurlijk uitstekend praten met een bioloog die onderzoek doet naar genetica. Uit die contacten moeten nieuwe vragen ontstaan en het zoeken naar mogelijkheden om die vragen te beantwoorden. Wetenschappers die onderzoek doen naar eiwitten en het functioneren van de hersenen praten met artsen die zich hebben gespecialiseerd in Alzheimer. Zo zijn er ook groepen die zich bezighouden met MDL-ziekten, bijvoorbeeld inflammatoire darmziekten en malabsorptiesyndromen, waarbij MDL-artsen en kinderartsen nauw samenwerken met genetici en celbiologen.”

Wat is uw rol?

“De rol van het ziekenhuis is ervoor te zorgen dat onderzoekers zo veel mogelijk bezig kunnen zijn met hun onderzoek. Wij bieden de faciliteiten om aan alle randvoorwaarden te voldoen. We organiseren BROK-cursussen voor onderzoekers en mensen die betrokken zijn bij patiëntgebonden onderzoek. We hebben afdelingen die ondersteuning bieden bij de logistiek van onderzoek en bij het organiseren van de financiering. We hebben een speciale Mouse Clinic waar we onderzoekers helpen bij het ontwikkelen van transgene muizen. Maar we doen niet alles. Ik gebruik vaak de metafoor van de auto: Wij parkeren de auto voor de deur maar de onderzoekers moeten zelf voor de benzine zorgen.”

En uw persoonlijke rol?

“Ik ben jarenlang onderzoeker geweest en weet wat nodig is om onze wetenschappelijke doelstellingen te realiseren. De keuze van thema's en samenwerking op basis van die thema's heb ik altijd een goed idee gevonden. Ik kan vanuit een bestuursfunc-

Lifelines

Lifelines is een groot wetenschappelijk onderzoek, waarin minimaal dertig jaar lang de ontwikkeling van de gezondheid van 165.000 personen uit drie generaties in Noord-Nederland wordt gevolgd. Het moet de kennis over en de inzichten in het ontstaan van ziekten vergroten: welke factoren bepalen gezondheid? Het onderzoek richt zich op de complexe factoren die chronische ziekten als astma, diabetes en nierziekten en hun samenhang bepalen.

tie helpen de topositie te bereiken die we nastreven. Ik denk dat het voor de organisatie goed is dat de onderzoeksdiscipline vertegenwoordigd is in de raad van bestuur, want daar worden ook de prioriteiten bepaald.”

Hebt u uw vak losgelaten?

“Ik ben altijd gefascineerd geweest door onderzoek. Daarom kan ik dat niet zomaar loslaten: vrijdag – labdag, maar dat lukt niet altijd. De ruimte om mij met onderzoek bezig te houden is in deze bestuurlijke functie uiteraard beperkt, maar ik stop daar nog steeds wel tijd in. Goede voetballers kunnen ook zonder trainen nog lang meespelen. In die fase zit ik nu, maar ik weet dat de conditie op een gegeven moment een rol zal gaan spelen.”

U heeft geen spijt van de keuze voor een bestuurlijke functie?

“Je kunt alleen spijt hebben van de dingen die je niet hebt gedaan. Het is leerzaam om te ontdekken hoe bestuurlijke processen en geldstromen lopen. Ik vind het boeiend om de toekomst van het ziekenhuis en van de gezondheidszorg in Noord-Nederland mee te bepalen. Maar ik mis ook wel dingen, zoals zelf zaken initiëren en een artikel schrijven dat helemaal van jezelf is. In een bestuur kun je zelf niet scoren. Je wordt van een actieve voetballer een coach. Het mooie is dat je anderen laat scoren. Maar ik heb nog wel steeds de ambitie om af en toe een doelpunt te maken.”

TOEKOMST MDL-SPECIALIST:

Meer chirurg dan arts

Over twintig jaar is de diagnostische endoscopie zo goed als verleden tijd. Minicapsules zullen het mogelijk maken om het maagdarmkanaal op het beeldscherm tot in detail te bekijken en op elk gewenst plekje in te zoomen, maar daarnaast ook biopsieën te nemen. Die toekomst is al realiteit op de onderzoeksafdelingen van bedrijven die medische apparatuur leveren. De endoscoop is dan een precisie-instrument voor een scala aan therapeutische ingrepen. “Het werk van de MDL-arts zal veel dichterbij dat van de MDL-chirurg komen te liggen. Wat nu nog een gezonde competitie is tussen twee vakgebieden, zal plaats moeten maken voor meer en intensievere samenwerking.”

Peter Siersema praat over de toekomst van de endoscopie en de gevolgen voor de MDL-arts als feiten die alleen nog maar toegepast hoeven te worden. Voor een deel wordt zijn visie ook al in de praktijk gebracht op de afdeling MDL van het Universitair Medisch Centrum Utrecht. “Wij stellen nu al hogere eisen aan de kennis en de vaardigheden van endoscopisten. Met alleen maar belangstelling voor het vak kom je niet in aanmerking voor een opleidingsplaats. We kijken of kandidaten goed kunnen functioneren in een vak dat volop in ontwikkeling is, ingrijpend verandert en voortdurend te maken krijgt met nieuwe procedures.” Het klinkt misschien gek, maar Peter Siersema geniet van de metamorfose die zich voltrekt in het vakgebied van de MDL-arts. Hij is daar actief bij betrokken. Bijvoorbeeld met een onderzoek onder ruim vierhonderd patiënten in Nederlandse en buitenlandse ziekenhuizen naar de werking van een endoscoop met een ‘derde’ oog. Die maakt het mogelijk om achter de plooien van de darmwand te kijken, waar poliepen – naar schatting twintig procent – nu niet zichtbaar zijn (*figuur 1* en coverfoto). Siersema vertelt enthousiast over de kennis-making eerder die week met een prototype van een endoscoop waarmee rondom, driehonderdzestig graden, in het maagdarmkanaal kan worden gekeken. Er zijn inmiddels endoscopen in ontwikkeling die werken als een microscoop en het mogelijk maken tot in de cel te kijken. “Langs die lijn treden we als MDL-artsen in de voetsporen van de patholoog”, zegt Siersema.

Therapiegeoriënteerde professional

Om de impact van de wetenschappelijke ontwikkeling van het endoscopisch onder-

Met alleen belangstelling voor het vak kom je niet in aanmerking voor een opleidingsplaats

zoek duidelijk te maken, herinnert Siersema eraan hoe het allemaal is begonnen. “Onze professie was in het begin typisch een diagnostisch vak, waarin de endoscoop een hulpmiddel was voor het stellen van de diagnose. Voor de uitvoering moesten we een beroep doen op andere medische disciplines. Nu is het een behandelingsgericht vak, waarin de nadruk steeds meer komt te liggen op de chirurgische mogelijkheden die de endoscoop biedt. Endoscopie is een vakgebied waarin we steeds beter, tot op de vierkante micromillimeter, kunnen kijken en steeds meer zien. Met de nieuwe generatie beeldtechnieken kunnen we maligne afwijkingen in een heel vroeg stadium ontdekken. We kunnen tegelijkertijd steeds meer en zwaardere ingrepen via het werkkanal van de endoscoop uitvoeren.” Zijn conclusie: “De MDL-arts ontwikkelt zich tot een therapiegeoriënteerde professional. Het stellen van diagnoses schuift tegelijkertijd op in de richting van de radiologische technieken, de nieuwe generatie CT- en MRI-scans kunnen in groot detail alles afbeelden.”

Voorloper op veel gebieden

De doorbraak naar de therapie en de ontwikkeling van de technologie die daarop volgde, plaatst Siersema in de context van de onderzoekstraditie in het MDL-vak.



Figuur 1. Colonoscoop met Third Eye Retroscope voor de detectie van poliepen achter darmpluigen, scherpe darmbochten en de valvula Bauhini.

“We staan daar niet zo bij stil, maar Nederland is een bijzonder land met een lange en interessante traditie in research op het gebied van endoscopie. We zijn op veel gebieden voorloper geweest van wat we nu gewoon vinden als dagelijkse praktijk. Collega Huibregtse was één van de eersten ter wereld die een stent toepaste in de galwegen. Die wetenschappelijke toepassing hebben we vooral te danken aan het feit dat Nederland een klein land is, waardoor samenwerking tussen ziekenhuizen – academisch en algemeen – en tussen de verschillende medische disciplines voor de hand ligt. Er is bij klinieken een grote bereidheid mee te werken aan multicenter-onderzoeken. Dat stimuleert het gezamenlijk opzetten van grote, baanbrekende studies die leiden tot een effectieve behandeling van veel vormen van kanker in de spijsverteringsorganen die lange tijd alleen chirurgisch te behandelen waren.

Een Barrettslokdarm was heel lang endoscopisch een onbehandelbare vorm van kanker. Nu zijn er technieken die het mogelijk maken om in dagbehandeling voorloperafwijkingen en vroegmaligniteiten in de slokdarm weg te nemen. Datzelfde geldt overigens ook voor grote poliepen in de dikke darm. “Het is technisch fantastisch als een patiënt geen ingrijpende operatie hoeft te ondergaan. Het is ook een niet te onderschatten bijdrage aan de kwaliteit van leven van patiënten.”

De ideale stent en clip

De innovatieve kracht zit niet alleen in technische hoogstandjes voor therapeutische doeleinden, maar ook in kleinschalige, maar o zo praktische vindingen. Peter Siersema laat een stent zien met aan het uiteinde

kleine klepjes die uitslaan als de stent begint te zakken en hem tegenhoudt. Ook toont hij een opzetstukje voor in een stent met een minuscule ‘fuik’. Voedsel kan probleemloos passeren, maar opkomend maagzuur komt de fuik niet door en bezorgt de patiënt geen overlast meer. Een andere vinding, de flexibele kunststof stent is meer dan een keuze-mogelijkheid tussen twee materiaaltypen: “We hebben er nu zo’n dertig geplaatst. Ze gaan drie maanden mee. De patiënt hoeft niet meer elke veertien dagen terug te komen om een vernauwing te laten oprekken.”

Dit soort nieuwe ontwikkelingen ontstaan op verschillende manieren. Soms is het de industrie die informatie uit het vak vertaalt in wilde ideeën en die voorlegt aan de MDL-artsen. “Soms kloppen wij bij de industrie aan, omdat we in ons werk tegen zaken oplopen die anders zouden moeten. Zo zijn we een discussie begonnen over wat de ideale clip moet bieden. De aanleiding

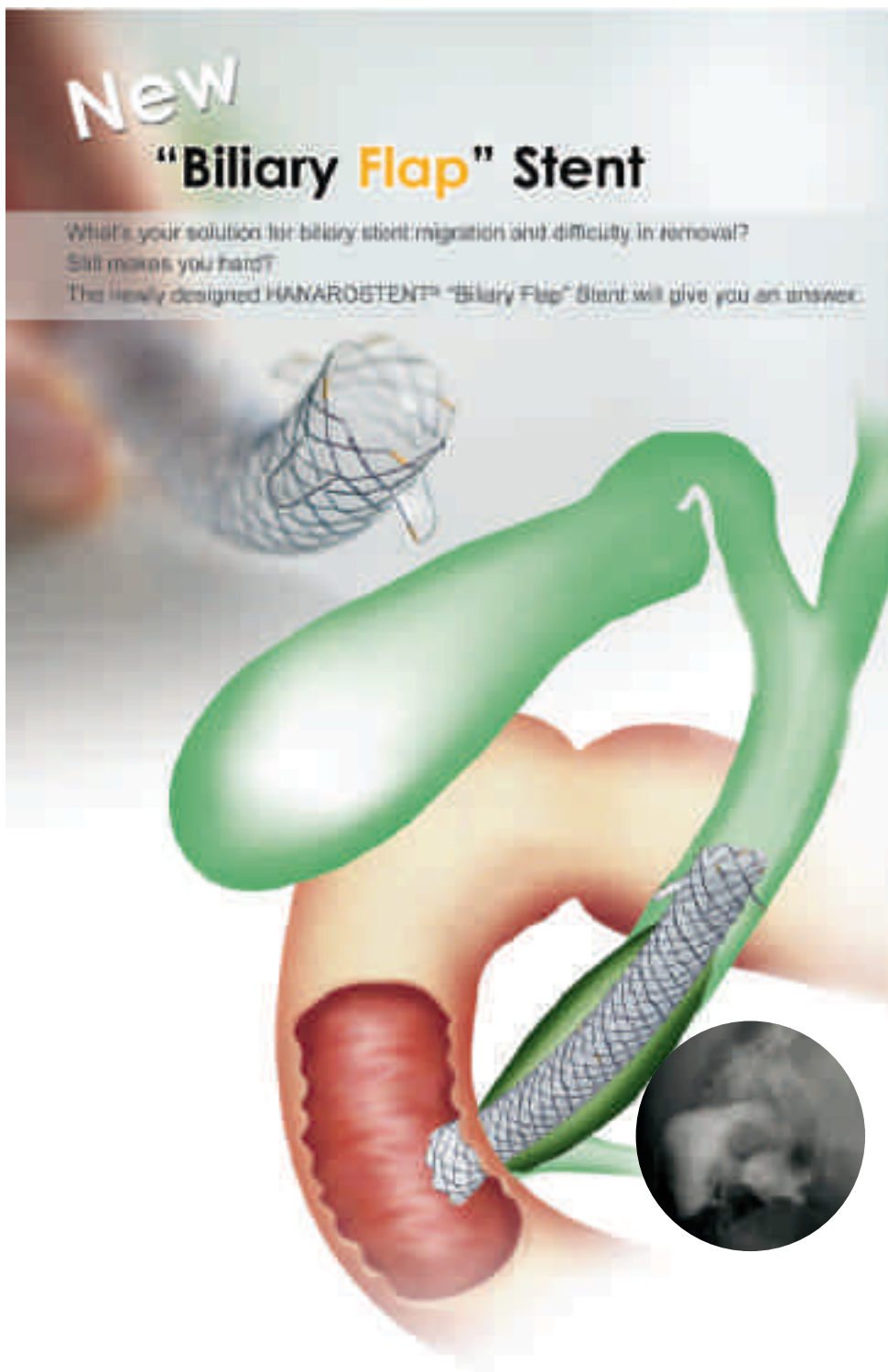


Figuur 2.
Afbreekbare slokdarmstent (ELLA).

waren onze ervaringen met clips voor het dichtmaken van perforaties in de dikke darm en het stelpen van bloedingen en de beperkte wendbaarheid. Dat is dan het begin van wat vaak een lange weg is, die bovendien lang niet altijd tot resultaten leidt.”

Groeiende administratieve last

De gedrevenheid van Peter Siersema om het vak te vernieuwen, is niet alleen een persoonlijke drijfveer. “Het ziekenhuis verwacht van mij dat ik innovatief bezig ben. Ik werk voor een academisch ziekenhuis en innovatie is een wezenlijk onderdeel van zijn bestaansrecht.” De verantwoordelijkheid voor onderzoek komt wel steeds meer onder druk te staan, vooral door de DBC. De groeiende administratieve last maakt het niet makkelijker om de toch al schaarse tijd in te zetten voor onderzoek. “We zien die last ook toenemen door de regelgeving en de randvoorwaarden die de medisch-ethische commissie stelt. Het is een goede zaak dat onderzoeken vooraf worden getoetst en dat onderzoekers verantwoording afleggen voor wat zij doen. Dat stel ik niet ter discussie. Ik zit in de medisch-ethische commissie van het UMCU, omdat ik het belangrijk vind. Maar er komt door alle randvoorwaarden nu zó veel op ons bord dat het remmend kan gaan werken op de motivatie om onderzoek te doen. Ik merk dat het steeds lastiger wordt om ziekenhuizen te interesseren voor deelname aan onderzoeksprojecten. Het voorbereidingsproces is niet te keren. Dat moeten we ook niet willen. Maar we moeten ons wel bewust zijn van wat er gebeurt en dat het consequenties kan hebben voor de wetenschappelijke ontwikkeling van ons vak.”



Voor de Nederlandse markt is FMH Endoscopy B.V, buiten de Fujinon endoscopie systemen, tevens exclusief distributeur voor M.I.Tech self expandable metal stents. M.I.Tech beschikt over een zeer complete range gecoverde- en ongecoverde Oesophagus, Colon, Duodenum, Broncho- en Biliaire stents.

M.I.Tech lanceerde recentelijk:
's Werelds eerste
"Biliaire stent met Side Flaps"
Dit is hét antwoord op migratie van Biliaire stents.

Voor meer informatie kunt u contact opnemen met een van onze Account Managers.

Zij informeren u graag over het gehele pakket en assisteren u desgewenst tijdens stentplaatsingen in uw ziekenhuis.



FMH Endoscopy BV

Landjuweel 16-9
3905 PG Veenendaal

Tel. 0318-543223

Fax 0318-523635

E-mail info@endoscopy.nl

Web www.endoscopy.nl

MULTIDISCIPLINAIRE DUTCH OESOPHAGEAL CANCER GROUP

Op de bres voor onderzoek en zorg oesofaguscarcinoom

In de laatste twee decennia is de incidentie van het oesofaguscarcinoom fors toegenomen: in 1989 werd in Nederland 684 maal de diagnose oesofaguscarcinoom gesteld, terwijl deze ziekte in 2009 bij 1900 patiënten werd vastgesteld (*bron*: www.IKCnet.nl). De diagnostiek en behandeling van de patiënt met slokdarmkanker wordt in toenemende mate gekenmerkt door een multidisciplinair karakter en de zorg voor de patiënt met slokdarmkanker is grotendeels gecentraliseerd. De eerste studies naar het effect van centralisatie wijzen op een verbetering van de uitkomsten van zorg.

In de afgelopen jaren is door diverse centra in Nederland uitstekend wetenschappelijk onderzoek verricht naar diverse aspecten van de diagnostiek en behandeling van slokdarmkanker. De HIVEX-trial (transthoracale versus transhiatale slokdarmresectie), de NEOPEC-studie (het voorspellen van de response op chemoradiotherapie door PET-scan en CT), de SIREC-studie (brachytherapie versus stent ter palliatie van dysfagie) en de CROSS II-trial (waarde van neoadjuvante chemoradiotherapie) zijn enkele voorbeelden.

Oprichting DOCG

Om de samenwerking tussen specialisten en ziekenhuizen verder te stimuleren, is de Dutch Oesophageal Cancer Group (DOCG) opgericht. Op 1 april 2010 werd het oprichtingscongres in Rotterdam bezocht door ruim 200 enthousiaste deelnemers. De DOCG is ondergebracht in een stichting en is ingeschreven bij de Kamer van Koophandel.

Door het organiseren van wetenschappelijke bijeenkomsten en symposia biedt de DOCG eenieder de mogelijkheid nieuwe ideeën voor onderzoek met elkaar te bediscussieren en participatie in regionale en landelijke studies te stimuleren. Door deelname van diverse specialismen zoals de chirurgie, radiotherapie, medische oncolo-

gie en maag-darm-leverziekten zorgt de DOCG voor een uitstekend platform voor het initiëren van wetenschappelijk onderzoek. De werkgroep beoogt ook de kwaliteit van de behandeling van slokdarmkanker in Nederland te monitoren en te optimaliseren. Leden uit de werkgroep zijn onder andere intensief betrokken bij het opstellen en reviseren van regionale en landelijke richtlijnen.

Registratie zorguitkomsten

Daarnaast is de DOCG samen met de Dutch Gastric Cancer Group bezig een registratie van uitkomsten van zorg op te zetten, de Dutch Upper GI Cancer Audit (DUCA). Dit biedt centra die deelnemen aan deze audit, de mogelijkheid de uitkomsten na chirurgische behandeling van het slokdarm- en maagcarcinoom te evalueren en (anoniem) te spiegelen aan andere ziekenhuizen. Per januari 2010 zal deze registratie van start gaan. Elk ziekenhuis dat patiënten opereert met slokdarm- en maagkanker, wordt van harte uitgenodigd deel te nemen. De komende tijd zal hierover meer informatie volgen. Het is de bedoeling in de nabije toekomst ook patiënten te registreren die een niet-operatieve behandeling ondergaan. Om dit initiatief te laten slagen, is ondersteuning door de Nederlandse Vereniging voor Gastro-Intestinale Chirurgie, de

Nederlandse Vereniging voor Chirurgische Oncologie en in de toekomst ook andere wetenschappelijke en beroepsverenigingen daarbij onontbeerlijk.

Beoogde participanten van de werkgroep zijn medisch specialisten en paramedici die een bijdrage leveren aan de multidisciplinaire zorg voor patiënten met slokdarmkanker, te weten chirurgen, medisch oncologen, radiotherapeuten, radiologen, MDL-artsen, pathologen, gespecialiseerde verpleegkundigen, diëtisten et cetera.

U kunt zich aanmelden als u op de hoogte wilt blijven van de activiteiten van de DOCG en van het wetenschappelijk onderzoek. Stuur een e-mail met uw adresgegevens naar de secretaris van de DOCG: b.wijnhoven@erasmusmc.nl.

Namens het bestuur van de DOCG,
Bas Wijnhoven

Bestuur Dutch Oesophageal Cancer Group

Dick J. Richel, internist-oncoloog, AMC, Amsterdam

Bas P.L. Wijnhoven, chirurg, Erasmus MC, Rotterdam

Gerard A.P. Nieuwenhuijzen, chirurg, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven

Maarten C.C.M. Hulshof, radiotherapeut, AMC, Amsterdam

Peter D. Siersema, MDL-arts, UMCU, Utrecht



Vervolg MDL-Transfers van pagina 98.

De nood is hoog, gelukkig werkt Marianne Hordijk daar mee. In het Haga-ziekenhuis met MDL-opleiding start eind 2011 Rob Slangen (VUmc) als 6^e MDL-arts.

Oosten

Marleen de Leest is inmiddels gestart als eerste vrouw in Rijnstate. Men zoekt aldaar een tweede vrouw. In Enschede startte Maureen Guichelaar per 1-9 als 6^e MDL-arts. De 7^e wordt Niels Venneman (Utrecht) per 1-1-2011. Vanuit Enschede groot nieuws: de MDL en INT gaan in gescheidenheid door, een nieuwe MDL-maatschap dus. Ede is bezig zijn 6^e MDL-arts in 2011 binnen te halen. Jaap Driest (EMC) start 1-2-2011 als 4^e MDL-arts in Harderwijk, ze zoeken in de loop van 2011 een 5^e MDL-arts. Huseyn Aktaş (EMC) start als

3^e MDL-arts in Almelo. In het CWZ Nijmegen is ondanks de komst van Karin Kok en Conny van Eckevort een groeiende MDL-wachlijst. Men is in onderhandeling met de IG om de MDL-formatie in 2011 verder uit te breiden.

Zuiden

Roosendaal is er niet in geslaagd een 3^e en 4^e MDL-arts aan te trekken. De problemen in Zeeuws-Vlaanderen nemen toe. Men praat met Belgen. Zeeland lijkt mij vol uitdaging voor mensen die het vak in volle breedte willen (blijven) beoefenen.

In het Catharina Ziekenhuis Eindhoven start Pieter Friederich als 5^e MDL-arts. Qua workload is een 6^e dringend gewenst. Het lijkt erop dat de wegen van de internisten en de MDL-artsen zich eerst moeten scheiden om dit mogelijk te maken. Het is dan ook niet verrassend dat Jan van Spreuwel (58 jaar) een door-

start maakt als 4^e MDL-arts in het Bernhoven Ziekenhuis in Oss. Venlo zocht al een tijdje een 6^e MDL-arts, maar nu ook weer een 5^e. De MDL aldaar biedt veel uitdagingen.

Algemeen

Op 1 januari 2011 zijn er 348 MDL-artsen actief, waarvan 336 lid zijn van de NVMDL. Wie wordt nummer 350? Gaandeweg denken MDL-artsen na over de digestieve oncologie. Sommige oncologen binnen de gezamenlijke maatschappen willen daarover niets horen. In Duitsland, België en Frankrijk regelt één van de MDL'ers alle cytostatica, zonodig in samenwerking met de oncologen. Op dit moment zet de 'verduitsing' en 'verbelging' van de grensstreken krachtig door. De chemo-competentie is daardoor steeds meer beschikbaar. Tijdens de najaars-NVGE 2011 zullen we een symposium over deze ontwikkelingen houden.

Reverse disease progression with Baraclude^{®*},** in nucleos(t)ide analogue (NA)-naïve patients with chronic hepatitis B¹

Baraclude has demonstrated long-term histological improvement* with regression of fibrosis** in NA-naïve patients,¹ with a proven formula for holding back resistance:^{1,2}

- Potent viral suppression¹
- High genetic barrier to resistance^{1,2}



Bristol-Myers Squibb

* Histological improvement defined as ≥2-point decrease in Knodell necroinflammatory score from baseline with no worsening of Knodell fibrosis score.

** Ishak Fibrosis Score improvement defined as ≥1-point decrease from baseline.

Please see prescribing information overleaf.



**Standing strong against resistance
in NA-naïve patients**

Bijzondere ervaringsverhalen over darmkanker

Onlangs verscheen het derde boek van Ingeborg Kuys *Bijzondere ervaringsverhalen, darmkanker*. Het boek bundelt dertien verhalen van darmkankerpatiënten en mensen uit hun omgeving. Elk verhaal belicht een andere achtergrond.

In 1996 debuteerde Kuys met haar autobiografie *Vreemde Kronkels* over haar chronische darmziekte colitis ulcerosa. Patiënten, mensen in hun omgeving en zorgverleners hebben behoefte aan ervaringsverhalen. Daarom besloot Kuys te gaan schrijven. “De verhalen zijn herkenbaar. Ook heeft het mijn familie en vriendin inzicht gegeven in deze ziekte. Zo had ik het niet kunnen verwoorden”, aldus een patiënt in het gastenboek van haar website. In 2008 volgde een tweede boek *Bijzondere ervaringsverhalen, ziekte van Crohn & colitis ulcerosa*.

Ervaring met darmkanker

In Kuys' nieuwste boek *Bijzondere ervaringsverhalen, darmkanker* vertelt een jonge moeder hoe colitis ulcerosa bij haar leidde tot

darmkanker. We lezen het verhaal van een man die darmkanker in een vroeg stadium ontdekte dankzij een gezondheidsscan en over een Iraanse jongen met de erfelijke variant FAP. Twee patiënten vertellen over de erfelijke vorm HNPCC-Lynch. In het boek staan ook ervaringsverhalen over chemobehandelingen en de zware HIPEC-operatie. Daarnaast bevat het de persoonlijke verhalen van de partners van actrice Frédérique Huydts en televisiepersoonlijkheid Jos Brink, die beiden enkele jaren geleden overleden aan darmkanker. Een aantal vooraanstaande artsen leverde een bijdrage: MDL-arts dr. Evelien Dekker (AMC), oncoloog prof. dr. Dick Richel (AMC), chirurg dr. Joost Klaase (MST) en hoogleraar erfelijke kanker prof. dr. Nicoline Hoogerbrugge (UMC St. Radboud).



Stichting Vreemde Kronkels

Een gedeelte van de opbrengst van haar boeken gaat naar Kuys' Stichting Vreemde Kronkels, die projecten op het gebied van maag-, darm- en leverziekten initieert en realiseert en vooral ervaringsuitwisseling stimuleert. *Bijzondere ervaringsverhalen, darmkanker* is voor €19,95 verkrijgbaar in boekhandels en via www.vreemdecronkels.nl.

CCUVN schrijft brandbrief over treintoilet

In de nieuwe sprinters worden geen toiletten meer geplaatst. De toiletloze sprinters rijden bovendien steeds vaker op lange trajecten. Dat is een regelrechte ramp voor verschillende reizigers, zo stellen CCUVN, Nederlandse Stomavereniging, PDS Vereniging, reizigersvereniging Rover, de Vereniging voor Rijdend Personeel samen met verschillende ouderen- en patiëntenorganisaties.

De belangenorganisaties hebben gezamenlijk een brandbrief geschreven aan de Tweede Kamer, waarin zij aandringen op het alsnog plaatsen van toiletten in de nieuwe sprinters. De organisaties voorzien grote problemen voor onder meer mensen met chronische darmziekten, voor ouderen en kinderen en het rijdend personeel van NS en Arriva. De toiletloze sprinters rijden volgens de actievoerende organisaties bovendien steeds vaker op lange trajecten. Op veel tussenstations zijn geen toiletten aanwezig of deze zijn niet te bereiken tijdens de korte tussenstop.



Op 23 november overhandigden Wim Eilert, vakbond VVMC en Tineke Markus, directeur CCUVN, een petitie met ruim 10.000 handtekeningen aan de voorzitter van de Tweede-Kamercommissie van Infrastructuur en Milieu (I&M).

Pentasa® concentreert zich op de inhoud!



Voorbeeld volume vermindering Pentasa Compact 2g

30% minder volume!

Pentasa® Sachet 1g en 2g worden vanaf heden vervangen door Pentasa® Compact 1g en 2g

- Dezelfde effectiviteit
- Dezelfde doseringssterktes
- 30% minder volume
- Lichtere kleur en andere vorm
- Vervangt Pentasa Sachet 1g en 2g

Minder granules, meer gemak.

Less more

Pentasa® Verkorte Samenvatting van de productkenmerken

Naam van het geneesmiddel: Pentasa®. **Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling:** Pentasa tablet met verlengde afgifte bevat 500 mg of 1g mesalazine, granulaat met verlengde afgifte bevat 1 of 2 g mesalazine. **Therapeutische indicaties:** Oraal: ter behandeling van lichte tot matige vormen van colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn, zowel in de acute fase als ter voorkoming van recidieven hiervan. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor mesalazine of overige bestanddelen van het product, of voor salicylzuurderivaten. Ernstige lever- en/of nierfunctiestoornissen. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Voorzichtig bij patiënten met bekende overgevoeligheid voor sulfasalazine en met een verminderde leverfunctie. Bij verminderde nierfunctie niet aanbevolen. De nierfunctie regelmatig controleren met name in het begin van de behandeling. Bij cardiale overgevoeligheidsreacties en ernstige bloedbeeldafwijkingen de behandeling staken. **Bijwerkingen:** Vaak komt voor: hoofdpijn, diarree, buikpijn, misselijkheid, braken, huiduitslag inclusief urticaria. Zelden tot zeer zelden: myo- en pericarditis, pancreatitis, bloedbeeldafwijkingen allergische longreacties, hepatotoxiciteit, lupus erythematosus-achtige reacties, abnormale nierfunctie. **Registratiehouder:** Ferring B.V., Postbus 184, 2130 AD, Hoofddorp. **Registratienummers:** Tabletten onder RVG 14797 (500 mg) en RVG 105712 (1 g); Granulaat onder RVG 18706 (1 g) en RVG 31379 (2 g). Afleverstatus: UR. **Datum tekst:** feb 2010

TOEGENOMEN BUIKOMVANG DOOR PMP

1 Een 85-jarige vrouw werd doorverwezen naar het VUmc in verband met een langzaam toenemende buikomvang. Daarnaast was zij vermoeid en had zij sinds vijf weken continu aanwezige pijn in de rechterbovenbuik. De voorgeschiedenis vermeldt een geringe aorta- en mitralisinsufficiëntie.

Bij lichamelijk onderzoek wordt een niet ziek ogende vrouw met een bolle buik gezien. Er was gedempte percussie zonder *shifting dullness*. De bezinking bedroeg 36 mm/ uur, verder laboratoriumonderzoek was niet afwijkend. De echo abdomen toonde ascites met cysteuze componenten (figuur 1). De CT-scan toonde een grote hoeveelheid intraperitoneaal vocht met opvallende massawerking op de lever (figuur 2, links). Daarnaast was er een mucocèle van de appendix zichtbaar (figuur 2, rechts). Bij punctie wordt een gelatineachtige substantie geaspireerd. Biopsie van het omentum laat slijm zien zonder epitheliale cellen. Al deze bevindingen zijn congruent aan de diagnose *pseudomyxoma peritonei* (PMP). De incidentie van deze aandoening wordt geschat op 1/ 1.000.000 per jaar. Het ziektebeeld wordt gekenmerkt door slijmerige deposities in de buikholte, die ontstaan na perforatie van een mucineuze tumor. De primaire tumor is meestal een mucineus adenoom van de appendix of het ovarium. Ook een mucineus adenocarcinoom of een tussenvariant is mogelijk.

Histopathologisch wordt *pseudomyxoma peritonei* gezien als een benigne tumor vanwege de lage mitotische activiteit. Deze tumor heeft geen neiging tot infiltratieve groei of systemische metastasering. Om deze redenen is locoregionale therapie de eerste keuze.

De traditionele behandeling van PMP bestaat uit herhaalde cytoreductie, waarbij zo veel mogelijk slijm uit de buik wordt verwijderd, in combinatie met appendectomie, ileocelectomie, omentectomie en/of ovariëctomie. Ook kan deze ingreep met een peritonectomie worden uitgebreid. Bij veruit de meeste patiënten recidiveert de ziekte, waarna iedere herhaalde ingreep tot een lager succespercentage leidt.

Ook kan de cytoreductie worden gevolgd door HIPEC (hypertherme intraperitoneale chemotherapie), met als doel de overgebleven macro- en microscopische laesies te verwijderen middels het blootstellen aan hoge doseringen verwarmde chemotherapie. Onder patiënten behandeld met cytoreductie en HIPEC wordt

een relatief hoge behandelingsgerelateerde toxiciteit gerapporteerd, die met name bestaat uit operatiegerelateerde complicaties.

De prognose is afhankelijk van de maligniteitsgraad. Patiënten met een lage maligniteitsgraad behandeld met een complete cytoreductie hebben een vijfjaarsoverleving van ongeveer 80%. Bij een hogere maligniteitsgraad wordt de vijfjaarsoverleving geschat op 20–25%. Patiënten zullen uiteindelijk komen te overlijden aan cachexie of aan de complicaties van de behandeling.

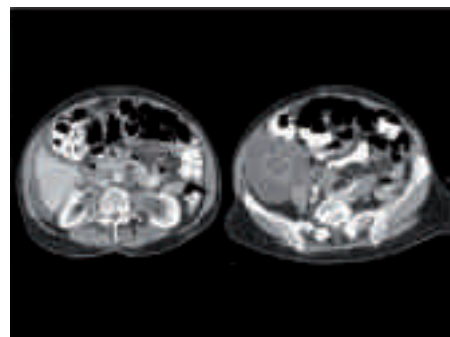
Onze patiënte hebben we doorverwezen naar het Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis waar veel expertise over deze zeldzame aandoening aanwezig is. Gezien haar goede conditie, ondanks haar hogere leeftijd, wordt een cytoreductie in combinatie met appendectomie, omentectomie, en ovariëctomie overwogen. Eventueel zal deze ingreep worden gevolgd door een herhaalde cytoreductie in combinatie met de HIPEC-procedure.

Eric Gielisse, AIOS MDL en Stijn van Weyenberg, MDL-arts VUmc, Amsterdam

De referenties bij dit artikel staan op www.mdl.nl/magma.



Figuur 1. Echo abdomen. Links is de lever afgebeeld, onderin de nier. De ascites met cysteuze afwijkingen wordt bovenin de afbeelding gezien.



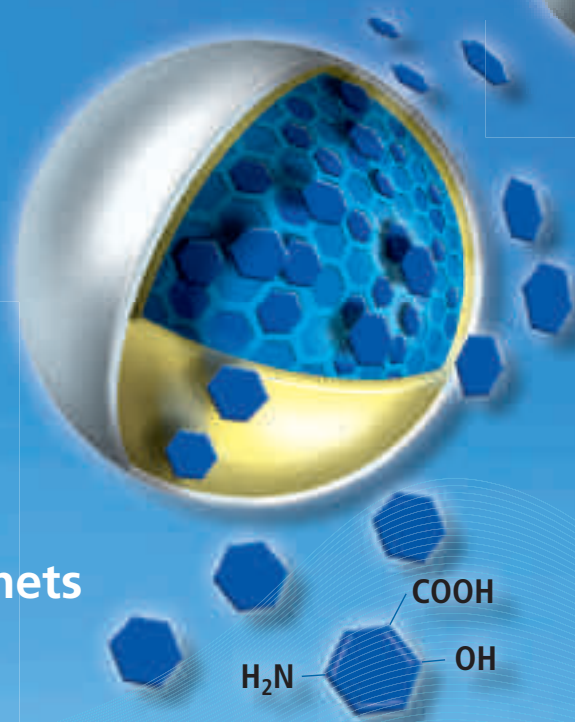
Figuur 2. Op de linker afbeelding wordt de massawerking van de ascites op de lever gezien. Op het rechter plaatje wordt de ascites rondom de uitgezette mucocèle van de appendix afgebeeld.

Salofalk® Granu-Stix® Eenmaal daags

Hét enige 1dd 3 g mesalazine
bij acute colitis ulcerosa.¹

Salofalk® Granu-Stix®:

• 500 mg • 1000 mg • 1,5 g sachets



Referentie: 1. SPC Salofalk® 1,5 g Granu-Stix® RVG 100059



www.dr-falkpharma-benelux.eu

Claudius Prinsenlaan 136A 4818 CP Breda Tel +31 (0)76 524 42 00 info@dr-falkpharma-benelux.eu

01-SGS-ad-10

ABDOMINALE ACTINOMYCOSE

2 Een 49-jarige man werd verwezen voor medebeoordeling van een vermeend pancreaskopcarcinoom. Hij was bekend met chronische alcoholische pancreatitis en werd een jaar eerder geanalyseerd wegens buikklachten en gewichtsverlies, waarbij CT-onderzoek afwijkingen toonde, passend bij een irresectabele pancreaskoptumor met doorgroei in het duodenum. Cytologisch of histologisch bewijs hiervoor werd echter niet verkregen. Wegens ernstige obstructie werden palliatief metalen *self-expandable* stents in het proximale duodenum geplaatst. In het daaropvolgende jaar was er evenwel geen enkel teken van ziekteprogressie en rees er toenemende twijfel aan de diagnose. Anamnestic waren er nauwelijks klachten en was het gewicht gestegen. Bij lichamelijk onderzoek werd een vitale man gezien, WHO-performance status 0. Herhaald CT-onderzoek liet geen pancreaskopproces zien maar een verdikt, tumoreus aspect van het duodenum, met vergrote mesenteriale klieren en een omentale massa (figuur 1 en 2). Bij gastroscopie werd hypertrofisch aandoend, door de mazen van de stents groeiend, weefsel gezien waarvan histologisch onderzoek chronische ontsteking met focaal veel eosinofielen toonde. Ook histologisch onderzoek van de omentale afwijking toonde geen maligniteit, maar een inflammatoir proces. Onder de werkdiagnose eosinofiele gastro-enteritis werd vervolgens op proef gestart met prednisonbehandeling. Vier weken later volgde heropname wegens koorts en een pijnlijke abdominale zwelling. Echografisch werd een vochtcollectie gezien passend bij een abces, dat werd gedraineerd met afloop van gelig purulent vocht. Kweek hiervan toonde na enige dagen een anaerobe mengflora met *Actinomyces israelii*. Patiënt werd behandeld met penicilline 12 miljoen E-penicilline per dag per continu infuus gedurende twee weken, gevolgd door driemaal daags 600 mg clindamycine per os. Patiënt knapte goed op en zestien dagen na opname kon hij in goede conditie worden ontslagen. De antibiotische behandeling werd gedurende zes maanden voortgezet.

Een infectie met *Actinomyces* is met een geschatte incidentie van

1/100.000 per jaar een zeldzame oorzaak van een inflammatoir proces in het abdomen. Het betreft gram-positieve, niet-sporenvormende anaerobe bacteriën, die als commensaal aanwezig zijn in de mondholte en de darm. Het klinisch beeld kan in eerste instantie sterk doen denken aan een neoplasma, soms ook aan inflammatoire darmziekte, en de juiste diagnose wordt vaak met grote vertraging, vaak pas bij onderzoek van resectiemateriaal, gesteld.¹⁻³ Kenmerkend is dat het micro-organisme niet door de intacte mucosa penetreert. Voorafgaande traumata waarbij een mucosadeffect ontstaat, spelen daarom bij alle vormen van actinomyose een belangrijke rol.⁴ Bekend is actinomyose als complicatie bij vrouwen met een IUD. De literatuur betreffende actinomyose van het pancreas bestaat uit enkele casuïstische mededelingen.⁵⁻¹⁰ Gesuggereerd is dat pancreas-actinomyose verband kan houden met reflux vanuit het duodenum, al dan niet samenhangend met het inbrengen van endoprotheses in de ductus pancreaticus. Er zijn geen rapportages over duodenum-actinomyose. Concluderend was bij deze patiënt sprake van abdominale actinomyose, die geactiveerd werd door behandeling met prednison. De etiologie van de infectie bij deze patiënt is onzeker. Mogelijk was er in eerste instantie een exacerbatie van chronische pancreatitis met duodenumobstructie, waarbij de duodenumstents leidden tot verstoring van de mucosabarrière en vervolgens het ontstaan van duodenale en abdominale actinomyose. Niet uitgesloten is dat bij deze patiënt met chronische pancreatitis in eerste instantie een actinomyose van het duodenum en/of pancreas ontstond, leidend tot duodenumobstructie en klinisch een beeld suggestief voor pancreaskopcarcinoom. Deze casus illustreert verder nog eens, dat moet worden afgezien van het plaatsen van niet te verwijderen duodenumstents wanneer er geen zekere (weefsel)diagnose van maligniteit is.

Huseyin Aktaş en Henk van Buuren, Erasmus MC

Referenties en figuren staan op www.mdl.nl/magma.

NIEUWS

Europese HPB-congres ditmaal in Afrika

Kaapstad is één van de mooiste steden op aarde. Daarom is het prima voor u én de ontwikkeling van de Zuid-Afrikaanse MDL, dat van **12 tot 16 april 2011** er het 9^e Europese HPB-congres wordt gehouden. De organisatie heeft ervoor gekozen dit jaar het congres simultaan te laten lopen met het jaarlijkse congres van de 'Suid-Afrikaanse Gastroënterologische Vereniging' (SAGES). SAGES heeft voorgaande jaren al laten zien dat ze een boeiend en goed georganiseerd medisch en chirurgisch MDL-congres kunnen neerzetten met goede, vooraanstaande buitenlandse sprekers. Het congres trekt niet alleen lokale

MDL-artsen en GE-chirurgen, maar ook specialisten uit omliggende Afrikaanse landen. Voor niet-Afrikaanse MDL-geïnteresseerden is het congres minstens zo informatief. Voor de HPB-geïnteresseerde MDL-arts is dit een belangrijk congres. We hopen dat veel Nederlandse collega's ons vergezellen!

Meer informatie vindt u op

www.ehpba2011.org.za en op www.sages.co.za.

Foke van Delft, AMC, Amsterdam

COURSE OF DISEASE, FATIGUE AND HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE BASED ON THE REGISTRY SOUTH LIMBURG

Mariëlle Romberg-Camps, Universiteit Maastricht, 8 juli 2010

Het proefschrift beschrijft ziektebeloop, vermoeidheid en kwaliteit van leven bij patiënten met een inflammatoire darmziekte (IBD) in Zuid-Limburg. Na diagnose bleek 10% van de patiënten klachtenvrij te zijn en bij een follow-upduur van ruim zeven jaar had 40% van de patiënten geen medicatie meer. Het risico om door de IBD vervroegd te overlijden, was niet verhoogd voor de totale groep. Wel bleek dat patiënten in het eerste jaar na de diagnose of met een ernstiger ziektebeloop meer risico lopen op ernstigere complicaties, zodat het aan te bevelen lijkt om deze patiënten intensiever te controleren.

Naast darmklachten en bloedarmoede was de aanwezigheid van vermoeidheid van grote invloed op de kwaliteit van leven. Maar zelfs zonder klachten ervaart ruim 35% van de patiënten in ons

populatiegebaseerd cohort veel meer moeheid dan verwacht ten opzichte van de gezonde bevolking. Een ernstiger ziektebeloop in het verleden lijkt hierop van invloed.

Curriculum vitae

Mariëlle Romberg-Camps studeerde in Maastricht (1995). Hierna werd zij internist, en hierop MDL-arts (2006). Sinds 2006 werkt Mariëlle in Sittard. In 2004 begon ze met het wetenschappelijk onderzoek dat heeft geleid tot de resultaten beschreven in dit proefschrift. Promotor was prof. dr. R.W. Stockbrügger, co-promotores waren dr. P.C. Dagnelie en dr. M.G.V.M. Russel.

Het proefschrift is te verkrijgen via m.camps@orbisconcern.nl.

PRE- AND POST-TREATMENT MALNUTRITION IN HEAD AND NECK CANCER PATIENTS

Harriët Jager-Wittenaar, Rijksuniversiteit Groningen, 8 september 2010

Ondervoeding is een veel voorkomend probleem bij hoofd-halskankerpatiënten en is multifactorieel. Klachten in de mond of keel bemoeilijken het eten en/of drinken, waardoor de energie-/eiwitinname onvoldoende kan zijn. Daarnaast kan ontstekingsactiviteit, veroorzaakt door de ziekte zelf of door de behandeling, ondervoeding veroorzaken. Het doel van dit proefschrift was het bepalen van de prevalentie van ondervoeding bij patiënten met hoofd-halskanker in de verschillende fasen in het diagnose-behandeltraject en het identificeren van risicofactoren voor ondervoeding.

Reeds op moment van diagnose is bijna 20% van de patiënten ondervoed. Een maand na de behandeling stijgt de prevalentie van ondervoeding tot meer dan 50% en daalt in de periode daarna. Helaas gaat deze daling van de prevalentie van ondervoeding niet gepaard met een verbetering van de vetvrije massa (spieren). Daarnaast bleek dat zelfs een energie- en eiwitinname die in het algemeen als voldoende wordt beschouwd (≥ 35 kcal/kg en $\geq 1,5$ g eiwit/kg), verlies van lichaamsgewicht en vetvrije massa tijdens de behandeling niet kan voorkomen. Zoals verondersteld bleek het hebben van slikklachten een belangrijke risicofactor voor ondervoeding, zowel in de periode vóór als na de behandeling. Ten slotte bleek dat ondervoeding in de periode na de behandeling is gerelateerd aan verminderd fysiek functioneren.

De deelstudies beschreven in het proefschrift zijn gefinancierd door Stimuleringsgelden UMCG (niet door MLDS en ZonMw).

Curriculum vitae

Na één jaar studie Engels koos Harriët Jager-Wittenaar (1974) voor de opleiding Voeding en Diëtetiek aan de Hanzehogeschool Groningen. In 1997 studeerde zij af en begon als klinisch diëtist bij het Academisch Ziekenhuis Groningen. Al gauw werd Harriët actief lid van de Landelijke Werkgroep Diëtisten Oncologie (LWDO) en de Paramedische Werkgroep Hoofd-Halsoncologie (PWHHO). Op dit moment is zij lid van de werkgroep Diëtisten Ondervoeding Nederland (DON) en de Expertgroep van de Richtlijn Ondervoeding bij Kanker (VIKC).

Haar wetenschappelijke activiteiten begonnen met het schrijven van de hoofdstukken Voeding en Dieettherapie voor de *evidence based* richtlijnen van het CBO Mondholte/orofarynxcarcinoom (2004) en Hypofarynxcarcinoom (2007). Ook leverde Harriët Jager-Wittenaar boekbijdragen over de dieetbehandeling bij kanker. Daarnaast doceerde zij aan de Rijksuniversiteit Groningen en gaf lezingen op nationale en internationale congressen.

In 2004 begon Harriët met haar parttime promotieonderzoek naar ondervoeding bij hoofd-halskankerpatiënten bij de afdeling Kaakchirurgie van het UMCG, dat heeft geresulteerd in onderhavig proefschrift.

Het proefschrift is te verkrijgen via h.jager@onco.umcg.nl.

ENDOSCOPIC SURVEILLANCE AND ADVANCED IMAGING TECHNIQUES IN BARRETT'S ESOPHAGUS

Wouter L. Curvers, Universiteit van Amsterdam, 23 september 2010

In dit proefschrift hebben we de huidige stand van zaken van Barrettsurveillance in Nederland onderzocht. Barrettsurveillance in Nederland wordt grotendeels volgens de huidige richtlijnen uitgevoerd: bij patiënten met een langer Barrettsegment bleken echter significant minder random bipten te worden genomen. Tevens bleek dat 85% van de diagnoses laaggradige dysplasie werd verworpen na revisie door een expert-pathologenpanel. Deze patiënten bleken geen verhoogd risico te hebben op het ontwikkelen van slokdarmcarcinoom, terwijl patiënten waarbij de diagnose werd bevestigd, een sterk verhoogd risico hadden. Daarnaast werd de toegevoegde waarde van geavanceerde imagingtechnieken (chromo-endoscopie en *narrow band imaging*) voor de beoordeling van Barrettslijmvlies onderzocht. Het bleek dat deze technieken geen toegevoegde waarde hadden in vergelijking met hires-witlicht-endoscopie.

Vervolgens hebben we een nieuw endoscopiesysteem (Endoscopic Tri-Modal Imaging) vergeleken met standaard-endoscopie

voor de detectie van dysplasie in Barrettslokdarm in zowel een tertiaire verwijzsetting als in de algemene praktijk.

Dit onderzoek werd mede mogelijk gemaakt door een subsidie van ZonMw in het kader van het programma Doelmatigheids Onderzoek: Vroege evaluatie van medische innovatie (80-007029-98-07008).

Curriculum vitae

Wouter Curvers (1978) werd geboren in Sittard. Na te zijn gestart met geneeskunde in België (KU Leuven) rondde hij zijn opleiding tot basisarts af aan de Universiteit van Utrecht (2005). Vervolgens startte Wouter met zijn promotieonderzoek bij het slokdarm-researchteam in het AMC onder begeleiding van dr. J. Bergman en prof. P. Fockens. Sinds 2008 is Wouter in opleiding tot MDL-arts. Momenteel werkt hij op de afdeling MDL-ziekten van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam.

Het proefschrift is te verkrijgen via w.l.curvers@amc.uva.nl.

COMPLICATIONS OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASE REVISITED

Judith E. Baars, Erasmus Universiteit Rotterdam, 5 november 2010

Dit proefschrift behelst een herziene benadering van complicaties van inflammatoire darmziekten (IBD). Allereerst tonen we aan dat het risico op IBD-gerelateerde colorectaal carcinoom laag is en laten we zien dat de surveillancerichtlijnen toe zijn aan verandering. Daarnaast presenteren we een predictiemodel als eerste stap in de richting van individuele risicostratificatie. Gezien het grote aantal patiënten met mucosale ontsteking tijdens surveillancecolonoscopieën zou een korte kuur met een lage dosis corticosteroïden voorafgaand aan de surveillancecolonoscopie kunnen worden overwogen om de histologische beoordeling van dysplasie te verbeteren.

Ten tweede tonen we aan dat IBD-patiënten onvoldoende zijn geïnformeerd over hun ziekte en behandeling alsmede de daarbij behorende risico's. De meerderheid van de patiënten wist bijvoorbeeld niet waar de ontsteking zich in hun lichaam bevond. Verder had men een verkeerd beeld van de levensverwachting, van het risico op darmkanker en van de voordelen van bepaalde vormen van darmonderzoek. Daarnaast bleken patiënten de voordelen en risico's van bepaalde medicijnen geheel verkeerd in te schatten. Als middel om de patiëntenvoorlichting te verbeteren, zouden artsen hun patiënten het lidmaatschap van een IBD-patiëntenvereniging

moeten aanbevelen. Het kan patiënten helpen bij de besluitvorming omtrent hun ziekte en blijkt bovendien de therapietrouw te bevorderen. Bovendien moeten artsen worden getraind om patiënten actiever in het besluitvormingsproces te betrekken.

Curriculum vitae

Judith Baars (Mijnsheerenland, 1985) begon in 2003 met de studie geneeskunde aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Daarnaast startte ze in 2005 met een Master of Science-opleiding in Clinical Research aan The Netherlands Institute for Health Sciences (NIHES), Rotterdam, waarvoor zij onder meer studeerde aan Harvard School of Public Health. Na het behalen van haar doctoraal geneeskunde (2007) zette Judith haar onderzoek voort in een promotietraject onder supervisie van prof. dr. E.J. Kuipers en dr. C.J. van der Woude op de afdeling MDL van het Erasmus MC. In augustus 2008 behaalde zij haar Master of Science in Clinical Research; sindsdien staat zij geregistreerd als Epidemioloog graad A. Momenteel loopt Judith haar co-schappen. Ze hoopt in september 2011 haar artsendiploma te behalen.

Het proefschrift is te verkrijgen via j.baars@erasmusmc.nl.

Jeroen Bosch koerst naar nieuw

Hoewel de steigers van de Sint Jan na 40 jaar verbouwing grotendeels zijn verwijderd, staat het Jeroen Bosch Ziekenhuis in 's-Hertogenbosch er nog volop in. Met de aanstaande verhuizing naar volledige nieuwbouw worden in de organisatie vele veranderingen doorgevoerd. Bij onze MDL-vakgroep misschien nog wel het meest.

In 1995 gingen het Groot Ziekengasthuis en het Willem-Alexander ziekenhuis samen verder als Bosch Medisch Centrum. In 2002 volgde opnieuw een fusie, nu met het Carolus-Liduiena ziekenhuis en ontstond het huidige Jeroen Bosch Ziekenhuis (JBZ).

Op dit moment wordt nog op twee stadslocaties gewerkt evenals op satellietpoli's in Zaltbommel, Boxtel en Drunen. Aan de zuidwestkant van de stad nadert het nieuwe ziekenhuis echter inmiddels zijn voltooiing. MDL krijgt een gecombineerde poli- en endoscopieafdeling met zes volledig geoutilleerde scopiekamers, en een afdeling met 32 bedden. Op 29 april 2011 is de verhuizing afgerond en werken in totaal 240 specialisten, 88 aios en 38 anios in dit STZ-ziekenhuis, waar bijna alle disciplines aanwezig zijn. Ondanks de grootte zijn de contacten onderling over het algemeen snel en – zoals Brabanders betaamt – soepel. Patiëntveiligheid en servicegerichtheid blijven ook in de nieuwe organisatie centraal. Een belangrijk hulpmiddel wordt het nieuwe EPD, een zogenaamd derde-generatie-EPD waarin naast de communicatie met huisartsen en andere zorgverleners en de dossiervorming ook alle logistieke zaken worden geregeld. Ook komt er een patiëntenportal voor communicatie tussen patiënt en behandelaar.

Vakgroep MDL

Ook de vakgroep MDL is na tien stabiele jaren flink vernieuwd. Naast Lucette Schipper, Theo van Ditzhuijsen en Ivo van Munster als oude getrouwen zijn het afgelopen jaar Anneke De Schryver, Bob Scheffer (beiden uit het UMCU) en Tessa Römken (UMCN) onze gelederen komen versterken. Per 1 februari 2011 volgt nog Manon van IJzendoorn (UMCN). Zo veel nieuwe input geeft direct een geweldige push aan sfeer en werkkraft binnen de vakgroep, waardoor we het vertrek van Hanneke de Bruijne, Egbert van der Hoek en Henk Festen hopen te kunnen verwerken. Er zijn nu drie MDL-ers die de echo-endoscopie goed beheersen en sinds kort kunnen ook de endoscopische cystedrainages in huis worden verricht. De manometrie en VCE worden verder uitgebreid. Binnenkort zal ook de hepatologie beter worden gedekt, als Manon haar hepatologiestage in Rotterdam heeft afgerond.

Samen met onze vier MDL-verpleegkundigen draaien we een screeningspoli. Hier worden mensen met een familiair risico op colorectaal carcinoom voorgelicht, wordt naar aanleiding van de stamboom een

risico-inschatting gemaakt en een vervolgtraject afgesproken met virtuele of endoscopische coloscopie. Indien gewenst wordt de klinisch geneticus geconsulteerd. Bij het verschijnen van deze MAGMA zijn we ook gestart met speciale propofol-sedatieprogramma's.

Opleiding

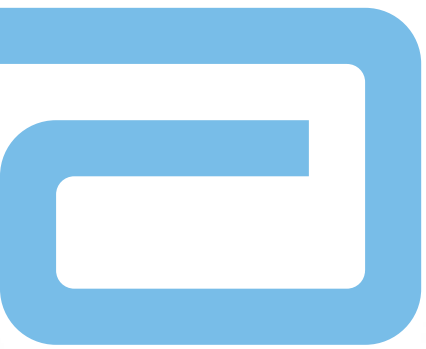
Samen met het UMCN en het Rijnstate Ziekenhuis verzorgen we de MDL-opleiding. Ook hier heeft het nieuwe opleidingsteam een frisse wind laten waaien met de invoering van een kwaliteitscyclus volgens de criteria van de commissie Scherpbier. Jaarlijks brengen we alle sterke en zwakke punten van de verschillende opleidingsaspecten op gestructureerde wijze in kaart. De aios beoordelen het leer- en opleidingsklimaat middels de D-rect-toets en sinds kort ook de individuele leden van het opleidingsteam via de Effectmeting.

Vervolgens hebben we ons een lang weekend teruggetrokken op het Franse platteland. Dat was taai (jawel!), maar vruchtbaar en heeft uiteindelijk geresulteerd in een lokaal opleidingsplan en een snelle groei naar het nieuwe opleiden.

Kortom, we liggen op koers naar nieuw!



Van links naar rechts:
Ivo van Munster,
Manon van IJzendoorn,
Tessa Römken,
Anneke De Schryver,
Bob Scheffer,
Theo van Ditzhuijsen en
Lucette Schipper.



Met aanhoudende remissie gaat het leven verder¹



Voor



Na



...en verder



...en verder



...en verder



...en verder



...en verder



HUMIRA

adalimumab

Aanhoudende remissie



Abbott
A Promise for Life