

ENDOSCOPIEVERPLEEGKUNDIGEN MOEILIK TE VINDEN **4**  
PROBIOTICA BIJ PANCREATITIS **6** / BIJNA 34.000 MENSEN MET  
DIKKEDARMKANKER ZOEK? **8** / HOE LANG WERKT DE MDL-ARTS NOG  
IN HET ZOEKENHUIS? / **12** BEVOLKINGSONDERZOEK DYSPEPSIE **14**  
TERUGROEPEN PATIËNTEN VEROORZAAKT ONGERUSTHEID **23**



# MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN HET NEDERLANDS GENOOTSCHAP  
VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN

JAARGANG 14 / NUMMER 1 / FEBRUARI 2008

A close-up photograph of a person's hands using a handheld PDA (Personal Digital Assistant) device. The person is holding a black pen over the device's screen, appearing to be interacting with it. The background is blurred, showing what looks like a computer keyboard. The overall lighting is dim and blue-toned.

**MDL-BELEIDSPLAN 'ZICHTBAAR PRESTEREN'**

Via de *handheld* naar je eigen dossier

**J**ohan Tielen, ex-Radboud, verlaat Harderwijk na 1,5 jaar: hij wil naar een kliniek met opleidingsaspiraties en vertrekt naar het Groene Hart Ziekenhuis te Gouda. Mohammed Hadithi, ex-VUmc, verlaat het Groene Hart Ziekenhuis, hij wil als MDL-arts werken zonder verplichte interne achterwachtendiensten.

Alfons Geraedts, een monument van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis en opleider MDL stapt in de ZBC's. Wie volgt hem op?

Het Martini Ziekenhuis, net gehuisvest in wat waarschijnlijk het mooiste ziekenhuis van Nederland is, zocht met spoed een 5<sup>e</sup> MDL-arts. Zij lopen zich ook al warm voor een MDL-opleiding. Renzo Veenstra, ex-Enschede/nu Erasmus, dacht: "Martini" en start er in april dit jaar.

Mike Craanen, oncologisch MDL-arts verlaat na tien jaar het VUmc en vertrekt naar het Flevoziekenhuis te Almere, waar hij 4<sup>e</sup> MDL-arts wordt. Men hoopt daar in de loop van 2009 een 5<sup>e</sup> MDL-arts aan te trekken en droomt ook over een MDL-opleiding in een stad van 200.000–250.000 inwoners.

Hanneke van Soest (UMCU) vertrekt als 4<sup>e</sup> MDL-arts naar het Westeinde Ziekenhuis. Het Diaconessenhuis in Utrecht zoekt een 5<sup>e</sup> MDL-arts en verwacht deze op korte termijn te kunnen aantrekken. Zij hebben een ambitieus plan voor colorectale screening bij risicogroepen en positieve FOBT-ers op de locatie Zeist voor de regio Utrecht.

Philip Friederich (AMC) vertrekt eind dit jaar naar het Meander Ziekenhuis, alwaar hij de 5<sup>e</sup> MDL-arts wordt. Gelukkig voor Amersfoort is hij gepromoveerd!

Het VUmc, met nu 6 fte's MDL en één vacature door het vertrek van Mike Craanen, mag dit jaar naast Tim Schreuder (lever) en Stijn van Weyenberg (oncologie/interventie) nog een 3<sup>e</sup> MDL-arts aantrekken en in 2009 een 4<sup>e</sup> MDL-arts. Dit houdt in, dat er toestemming is voor een groei tot 9 fte's. Ze zoeken, indien mogelijk, een strategisch hoogleraar Gastro-intestinale Oncologie.

Tessa Romkens blijft in het St. Radboud als 8<sup>e</sup> MDL-arts voor de interventie-endoscopie; zij gaat waarschijnlijk zes maanden naar het buitenland voor additionele training. David Hirsch blijft – vanaf april 2009 als stafid voor de motoriek – in het AMC.

Claudia Verveer (Erasmus MC), op en top Rotterdams, gaat eind 2009 naar het Ikazia ZH in Rotterdam-Zuid en wordt er de 3<sup>e</sup> MDL-arts.

Emmen, waar Vosmaer – een prima GE-internist en collega – per 1 januari 2009 stopt, zoekt dringend 2 MDL-artsen en adverteert in Duitsland. Aan de enige lokale MDL-arts wordt getrokken. Wat 'Drentenieren' na je pensioen als er geen MDL-zorg meer is?

Het lijkt erop dat kandidaten met aandachtsgebied oncologie overal op extra aandacht kunnen rekenen; neo-adjuvante therapie rukt op, voeding wordt een item.

Lisbeth Mathus en Henk van Heukelem zijn in 2008 25 jaar in het vak.

Er zijn 291 MDL-artsen actief; ons Genootschap telt 283 leden.

*Chris Mulder*

## Bijdragen welkom

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

*Correspondenten academische centra:*

Academisch Medisch Centrum  
Amsterdam,  
*Joep Bartelsman;*  
VU medisch centrum,  
*Elly Klinkenberg-Knol;*  
Academisch Ziekenhuis Maastricht,  
*Wim Hameeteman;*  
UMC St. Radboud Nijmegen,  
*Fokko Nagengast;*  
Erasmus MC Rotterdam,  
*Harry Janssen;*  
Universitair Medisch Centrum  
Groningen,  
*Gerard Dijkstra;*  
Universitair Medisch Centrum  
Utrecht,  
*Bas Oldenburg;*  
Leids Universitair Medisch Centrum,  
*Cock Lamers.*

**COLOFON** MAGMA IS EEN UITGAVE VAN HET NEDERLANDS GENOOTSCHAP VAN MAAG-DARM-LEVERARTSEN. HET MAGAZINE WORDT GRATIS TOEGEZONDEN AAN NEDERLANDSE MDL-ARTSEN EN ANDERE MDL-GEÏNTERESSEERDE SPECIALISTEN; MEDISCHE BIBLIOTHEKEN EN BESTUREN VAN PATIËNTENORGANISATIES. DE UITGAVE VAN MAGMA WORDT MOGELIJK GEMAAKT DOOR NYCOMED B.V. MAGMA VERSCHIJNT VIER KEER PER JAAR. **OPLAG** 2400 EXEMPLAREN **REDACTIE** CHRIS MULDER WIM HAMEETEMAN RIC TER PELLE JOEP BARTELSMAN HARRY JANSSEN MARTEN OTTEN **EINDREDACTIE** FRANS VAN DEN MOSSELAAR **REDACTIEADRES** PROF. DR. CHRIS J.J. MULDER VU MEDISCH CENTRUM POSTBUS 7057 1007 MB AMSTERDAM FAX: (020) 444 05 54 E-MAIL: CJMULDER@VUMC.NL **ABONNEMENTEN** ADRESWIJZIGINGEN EN ANDERE VRAGEN: NYCOMED B.V. POSTBUS 31 2130 AA HOOFDDORP E-MAIL: INFONL@NYCOMED.COM **VORMGEVING** M.ART HAARLEM GRAFISCHE VORMGEVING **DRUK** DRUKKERIJ KOOPMANS ZWANENBURG ISSN: 1384-5012 **MAGMA** MAGMA IS, VOLGENS VAN DALE, 'DE GESMOLTEN MASSA VAN SILICATEN EN OXIDEN IN HET BINNENSTE DER AARDE'. HET STAAT ALS NAAM VAN DIT TIJDSCHRIFT VOOR HET BINNENSTE VAN DE MENS EN VOOR DE DYNAMIEK VAN HET VAKGEBIED MAAG-DARM-LEVERZIEKTEN. **COVERFOTO** CORBIS.



## Waan van de dag

Deze rubriek is het estafettestokje van de voorzitters van ons Genootschap. In 1999 verscheen de eerste van de hand van Fokko Nagengast. Na Paul Fockens en Melvin Samsom ben ik de vierde loper die overneemt. Ik zal tempo maken.

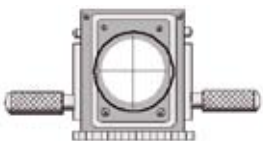
Het ziet er nu al naar uit dat 2008 een jaar wordt met veel ontwikkelingen. Deze maand stellen we een nieuw beleidsplan vast voor de komende vier jaar. Kwaliteit en transparantie staan daarin centraal.

Kwalitatief hoogwaardige MDL-zorg begint met het beschikbaar zijn van voldoende uitstekend opgeleide mensen. Daar is goed en slecht nieuws over te melden. Het goede is, dat binnenkort het definitieve herstructureringsrapport voor onze opleidingen zal verschijnen. Het wachten is nog op de finale toestemming van het Centraal College dat zich landelijk met alle opleidingen bezighoudt. De herstructurering moet ervoor zorgen dat onze opleiding helemaal up-to-date is.

Het slechte nieuws is, dat de instroom in de opleiding zich desastreus ontwikkelt. Zelfs bij de grootste opleidingsklinieken mogen dit jaar niet meer dan één tot twee AIOS instromen. Met de huidige krapte is dat een rampzalige ontwikkeling waarvoor we, helaas tot nu toe tevergeefs, de aandacht van minister Klink hebben gevraagd. Tekenend is dat MDL-ers in opleiding nu al banen krijgen aangeboden, terwijl ze nog twee jaar of meer te gaan hebben. Het probleem is ondertussen overal nijpend, zowel in algemene als in academische centra binnen en buiten de Randstad. Opleidingscentra neigen daarom tot boventallige instroom, echter hiervoor ontbreekt financiering uit het opleidingsfonds en de ervaring vanuit andere specialisten leert, dat een dergelijk beleid zich in de komende jaren kan wreken. Het belangrijkste wat ons daarom te doen staat, is van alle kanten – ook uit individuele centra – aan de overheid kenbaar te maken hoe groot het probleem is. Het veel te krap houden van de opleidingsinstroom zal voor vele jaren ten koste van de kwaliteit en beschikbaarheid van MDL-zorg gaan.

Kwaliteit is ook: beperkingen kennen, zowel van jezelf als van de behandeling die je toepast. In dat kader is het bijvoorbeeld opmerkelijk dat in ons land al vele ziekenhuizen zijn gestart met verschillende vormen van NOTES-procedures zoals endoscopische funduplicaties. In het recente verleden zijn tal van dergelijke behandelingsmethoden gekomen en gegaan, niet zelden ten koste van complicaties, en vaak zonder bewezen effectiviteit. Ook de nu geadverteerde, kostbare methode wordt buiten researchverband in tal van ziekenhuizen toegepast, zonder goed bewijs voor de korte- en langeretermijneffectiviteit uit gecontroleerde studies. De firma spint er garen bij; de vraag is of de patiënt niet de onvoldoende geïnformeerde dupe is. Het is prima dat de activiteiten van de MDL-artsen in Nederland zich steeds verder uitbreiden. Maar we moeten ervoor waken ons niet te laten leiden door de waan van de dag. Het begrip *evidence based medicine* is nog te jong om aan de kant te worden gezet, getuige ook de recente discussie over probiotica bij acute pancreatitis.

Was getekend,  
Ernst Kuipers  
- voorzitter -



## Marathon in Berlijn voor Crigler Najjar

Op 28 september 2008 lopen maximaal 40.000 mensen de 35ste marathon van Berlijn. MDL-artsen Rob de Knegt (Erasmus MC) en Martin Wagtmans (Flevoziekenhuis, Almere) roepen collega MDL-artsen op ook deel te nemen aan de marathon en zo geld bijeen te brengen voor de Najjar Stichting. Het is de bedoeling dat deelnemers zich per kilometer laten sponsoren door familie, vrienden en kennissen.

De ziekte van Crigler Najjar is een zeldzame erfelijke leveraandoening. Er zijn in Nederland ongeveer 25 patiënten. Bij deze jonge patiënten ontbreekt het enzym in de lever dat bilirubine, een giftig afbraakproduct van rode bloedlichaampjes, omzet in een afscheidbare stof. De ziekte leidt tot een gelige huid en het gif geeft een permanent risico op hersenbeschadiging. Omdat licht bilirubine ook (gedeeltelijk) afbreekt, slapen patiënten naakt onder een batterij felle blauwe lampen. Hoe lang de nu dertig jaar bestaande lichttherapie werkzaam blijft, is onbekend.

De Crigler Najjar Stichting onder voorzitterschap van Marguerite Terwindt-Sickinghe zet zich sinds 1988 in voor de belangen van de patiënten. De stichting heeft een verpleegkundige in dienst die de patiënten regelmatig controleert, ouders adviseert en bemiddelt in verzekeringskwesties. De stichting financiert ook wetenschappelijk onderzoek.

Martin Wagtmans is van plan de marathon te lopen. Ook Irma Brink van Schering-Plough loopt de 42 kilometer. Zij coördineert de deelname aan de sponsorloop. *Opgeven is mogelijk* via [irma.brink@spcorp.com](mailto:irma.brink@spcorp.com), bij voorkeur vóór 15 maart, vanwege beperkte beschikbaarheid van goedkopere vluchten en startbewijzen. Rob de Knegt, die de meeste Najjar-patiënten behandelt, is als supporter aanwezig.

# Endoscopieverpleegkundigen en -assistenten zijn moeilijk te vinden

**E**r dreigt niet alleen een tekort aan MDL-artsen, maar ook aan endoscopieverpleegkundigen en -assistenten. Dat signaleert de beroepsvereniging SEVA.

Door de groei in mogelijkheden en de stijgende vraag naar endoscopisch onderzoek is het aantal endoscopieafdelingen de afgelopen jaren fors toegenomen. Dus ook de vraag naar goed geschoolde verpleegkundigen en assistenten. Maar het aanbod is niet in overeenstemming met de vraag. Het kost veel moeite om (jonge) verpleegkundigen aan te trekken voor de endoscopieafdeling. Dat komt omdat endoscopie geen onderwerp is in de initiële opleiding van verpleegkundigen. Bovendien levert het werken in dagdienst, voornamelijk voor beginnende verpleegkundigen, onvoldoende salaris op. Ook 'jobhoppen' vormt een probleem. De verpleegkundige arbeidsmarkt ligt open. Waar voorheen ervaren verpleegkundigen hun plek gevonden hadden bij de endoscopieafdeling, veranderen zij nu regelmatig van afdeling.

## Taakverschuiving

De laatste jaren nemen verpleegkundigen steeds meer taken over van de MDL-arts. Zo ontstaan er verpleegkundig specialisten, die binnen de chronische zorg protocollair geneeskundige taken van artsen overnemen (hepatologie, IBD, zorg rondom PEG-sondes). In acht ziekenhuizen worden verpleegkundigen opgeleid tot *nurse endoscopist*. Op dit moment werken er dertien *nurse endoscopists* in Nederland.

De mogelijkheden om taken over te nemen groeien ook met het gebruik van veilige, patiënt- en gebruiksvriendelijke technieken op de endoscopieafdeling, zoals de FOBT-test, risicoprofilering en videocapsule-endoscopie.

De belangrijkste aanleidingen van de taakverschuiving van arts naar gespecialiseerde verpleegkundige zijn de wens tot verhoging van de productie en de toenemende druk van wachtlijsten. Ook speelt de geplande screening op coloncarcinoom een rol. Het is nu nog onduidelijk hoe de primaire screening zal gaan plaatsvinden, maar dat het aantal colonoscopieën zal toenemen, staat vast. Dit kan leiden tot een ernstig capaciteitsprobleem, niet alleen qua personele bezetting, maar ook wat betreft ruimte en middelen.

## Groter carrièreperspectief

De beroepsvereniging Sectie Endoscopie Verpleegkundigen en Assistenten (SEVA) juicht de taakverschuiving toe, maar stelt wel een aantal randvoorwaarden. Zo moeten voor *nurse endoscopists* heldere richtlijnen komen ten aanzien van de (voor)opleiding, het



Suzanne Swartz,  
voorzitter  
NVGE-SEVA.

opleidingstraject, de deskundigheid, bekwaamheidstoetsing en de juridische aspecten. Continue (bij)scholing en opleiding zijn eveneens vereist. De setting waarbinnen wordt gewerkt, moet helder zijn omschreven. De SEVA meent dat het hele *nurse endoscopist*-traject door de sectie en het Genootschap gezamenlijk moet worden aangepakt om tot een goed eindresultaat te komen.

Een succesvolle nieuwe taakverdeling tussen artsen en verpleegkundigen biedt uitzicht op oplossing van een aantal belangrijke problemen. Om te beginnen zou de werklast van de MDL-artsen kunnen worden verlaagd. Verder biedt een andere taakverdeling gespecialiseerde verpleegkundigen de mogelijkheid zich verder te ontwikkelen binnen de endoscopie, waarbij de kwaliteit van zorg blijft gewaarborgd. Uitbreiding van taken betekent meer verantwoordelijkheden en dus een beter carrièreperspectief. En dat is een goed wervingsargument voor nieuwe medewerkers. Hoe interessanter en kansrijker een functie is, hoe minder aanleiding tot jobhoppen. Kennis en ervaring blijven daardoor langer behouden.

## De rol van de beroepsvereniging

De beroepsvereniging SEVA zet zich al jaren in om het aantal endoscopieverpleegkundigen en -assistenten te vergroten. De SEVA hoopt het vakgebied breder onder de aandacht te brengen en zo verpleegkundigen te interesseren. Zij besteedde de afgelopen jaren dan ook volop aandacht aan het werken op een endoscopieafdeling in het blad *Nursing* en tijdens de 'Nursing Dagen'.

De besturen van SEVA en VMDLV (Vereniging voor Maag Darm Lever Verpleegkundigen) hebben regelmatig contact met elkaar, wat in 2005 leidde tot een gedeeltelijk gezamenlijk programma tijdens het voorjaarscongres in Veldhoven. Mogelijk dat de verenigingen via aansluiting bij de V&VN (Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland) hun samenwerking in de toekomst kunnen uitbreiden.

Namens het bestuur NVGE-SEVA,  
Suzanne Swartz, voorzitter



# Verschuiving van inzet mdl-verpleegkundigen

**V**an een tekort aan MDL-verpleegkundigen kan niet worden gesproken. Wel signaleert de Vereniging van Maag Darm en Lever Verpleegkundigen (VMDLV) een verschuiving binnen het werkveld. Daarmee zal rekening moeten worden gehouden bij de opleiding en inzet van MDL-verpleegkundigen. Ziekenhuizen proberen steeds meer de gemiddelde ligduur van patiënten terug te dringen. Alleen patiënten die hun zorg niet in een andere setting kunnen ontvangen, worden nog opgenomen. Het gaat dan vaak om ernstig zieke patiënten met een complexe zorgvraag. Niet-klinische zorg wordt zo veel mogelijk poliklinisch of in dagbehandeling gegeven. Patiënten met colitis ulcerosa of de ziekte van Crohn ontvangen op een dagunit hun specifieke intraveneuze medicatie. Met deze medicatie kunnen patiënten een steeds normaler leven leiden. Om het dagelijkse leven nog minder te verstoren, wordt gezocht naar mogelijkheden om specialistische zorg in de thuissituatie te leveren. Bijvoorbeeld door intraveneuze toediening van medicatie en toediening van Totale Parenterale Voeding (TPV). MDL-verpleegkundigen en *nurse practitioners* spelen een belangrijke rol bij deze nieuwe manieren van zorg geven.

## Herverdeling inzet

De MDL-zorg maakt zich steeds verder los van het specialisme interne geneeskunde. Bovendien neemt de MDL-gerelateerde medische en verpleegkundige zorg toe, zowel in aantallen patiënten als in complexiteit van de zorgvraag. De inzet van MDL-verpleegkundigen moet daarom de komende jaren opnieuw worden bekeken. De abdominale chirurgie krijgt steeds meer en betere technieken om



Willibrord Goverde,  
secretaris SEVA.

aandoeningen te behandelen. Dit vraagt ook specifieke kennis en vaardigheden van de verpleegkundigen.

## Samenwerken

Door dit soort ontwikkelingen melden steeds meer mensen zich aan voor de specialistische opleiding tot Maag-, Darm- en Leververpleegkundige aan de Hogeschool voor Arnhem en Nijmegen (HAN). De VMDLV volgt de verschuiving op de voet en ondersteunt de school om de opleiding zo goed mogelijk te laten aansluiten op de praktijk.

Samen met de verschillende patiëntenverenigingen probeert de VMDLV de specifieke zorg aan MDL-patiënten verder te verbeteren. In toenemende mate zoekt de vereniging contact met andere nationale beroepsverenigingen, zoals de Sectie Endoscopie Verpleegkundigen en Assistenten (SEVA). In de nabije toekomst wordt ook samenwerking gezocht met buitenlandse beroepsorganisaties.

## NIEUWS

### Masterclass abdominale echografie

Op 18 april en 10 oktober organiseert de afdeling Maag-Darm-Leverziekten van het Erasmus MC een masterclass abdominale echografie. Gedurende een gehele dag zullen Pavel Taimr en Rob de Knecht een introductie geven in de echografie. De nadruk zal liggen op echografie van de lever, maar op verzoek kunnen ook alle andere organen aan bod komen. Ook zal de elastografie worden geoefend (Fibroscan). Het programma is als volgt opgebouwd: theoretische introductie, echografie bij gezonde

proefpersonen en echografie bij patiënten. De cursus zal voornamelijk praktisch zijn, maximaal kunnen vier deelnemers per dag inschrijven (MDL-artsen, internisten, arts-assistenten i.o.). Het programma begint om 9.30 uur.

Indien u nadere informatie wenst, of indien u zich wilt opgeven voor één van beide dagen, stuurt u dan een mailtje naar [r.deknecht@erasmusmc.nl](mailto:r.deknecht@erasmusmc.nl).

ONVERWACHTE UITKOMST PROPATRIA-STUDIE

## Probiotica bij pancreatitis

Op 23 januari maakten onderzoekers van het UMCU op een persconferentie bekend, dat de Propatria-studie naar de effecten van toediening van probiotica bij ontsteking van de alvleesklier volstrekt onverwachte resultaten had opgeleverd. In de onderzoeksgroep overleden 24 patiënten (16%) en in de controlegroep 9 patiënten (6%). De kans dat dit verschil op toeval berust, is volgens de onderzoekers ongeveer 1%. Het resultaat van de studie is op 14 februari gepubliceerd in *The Lancet*.

Aan het dubbelblinde en gerandomiseerde onderzoek deden 296 patiënten mee met ernstige acute alvleesklierontsteking. Vijftien Nederlandse ziekenhuizen waren bij het onderzoek betrokken. De hogere sterfte in de probioticagroep is, aldus de onderzoekers, mogelijk deels te verklaren door de opvallende bevinding dat in de probioticagroep 9 patiënten darmischemie ontwikkelden, waaraan 8 patiënten overleden. In de controlegroep kwam dit niet voor. Darmischemie is een ernstige doorbloedingstoornis van de (dunne)

darm, die kan leiden tot afsterven van een deel of de gehele darm. De kans dat dit verschil op toeval berust, is 0,4%. Het is voor het eerst dat er een relatie lijkt te bestaan tussen probiotica, sterfte en darmischemie. Nader onderzoek zal deze relatie moeten ophelderen.

De relatief lage sterfte in de controlegroep wordt, volgens de onderzoekers, deels verklaard door het 'trialeffect'. In een studie worden patiënten behandeld volgens een strikt protocol en door artsen die gespecialiseerd zijn in acute pancreatitis.

"Of andere combinaties van probiotica ook tot dit resultaat hadden geleid, is niet te zeggen. Maar totdat het onderliggende mechanisme helder is, betekent een dergelijke uitkomst dat wij adviseren dit product niet toe te dienen aan intensiverepatiënten", aldus hoofdonderzoeker prof. dr. Hein Gooszen. De onderzoekers benadrukken dat de bevindingen die zij hebben gedaan, gelden bij een combinatie van drie factoren: (1) de toepassing van probiotica bij mensen met orgaanfalen, (2) de toediening van probiotica aan intensiverepatiënten, en (3) het toedienen van probiotica samen met sondevoeding.

## Assistentenvereniging Touché vol dynamiek

Met een nieuwe naam en een nieuw logo is enkele jaren geleden nieuw leven geblazen in de MDL-assistentenvereniging van het Genootschap. MDL-artsen in opleiding (AIOS) die aspirant-lid van het Genootschap worden, zijn automatisch lid van Touché. Aanvankelijk had Touché ongeveer dertig leden, nu zijn het er bijna honderd. De vereniging is zakelijker geworden. Zo geeft het bestuur een jaarverslag uit en behartigt het de belangen van de leden bij meerdere gremia, zoals de landelijke AIOS-vereniging LVAG. Waarborgen van zowel kwaliteit van opleiding als toegang tot de arbeidsmarkt blijft hierbij vooropstaan.

### Lunteren

Het scholingsprogramma voor AIOS is in samenwerking met het Concilium uitgebreid met het jaarlijkse assistentenonderwijs in Lunteren, dat hoog wordt gewaardeerd. In 2008 zal deze scholingsbijeenkomst voor de vierde keer worden georganiseerd. Parallel hieraan zagen ook andere initiatieven op het gebied van scholing het licht, zoals het *Practice Oriented (Gastroenterology)*-onderwijs. De kracht van elke vereniging ligt bij de actieve deelname van de

leden. Daarom is het zaak om de snel uitdijende groep AIOS bijeen te houden en nieuwe leden wegwijs te maken. Het onderlinge (email)contact is geïntensiveerd en via audits en enquêtes zorgt het bestuur voor terugkoppeling. Tijdens de NVGE-bijeenkomsten in Veldhoven vindt de algemene ledenvergadering plaats.

Doordat elke opleidingsregio AIOS 'levert' voor zowel de onderwijscommissie als de opleidingsvisitatiecommissie, is deelname van assistenten uit alle windstreken gewaarborgd. De bestuursleden kwamen de laatste jaren echter allen uit het westen van het land: het is de

### Cyrano

Vooruitlopend op een duel met *le Viscomte* vraagt Cyrano de Bergerac zich hardop af waar hij de burggraaf zal treffen met zowel zijn degen alsook met zijn kwinkslagen. Hij eindigt aldus, reeds schermende, een sneldicht met: *À la fin de l'envoi, je touche* (Edmond Rostand, *Cyrano de Bergerac*, eerste akte, vierde scène; 1897).

vraag of dat wenselijk is. De komende jaren zal een grote herstructurering van de MDL-opleiding worden doorgevoerd. Wij hebben onze bijdrage aan het rapport *Herstructurering Opleiding MDL* kunnen leveren en zullen ons blijven inspannen voor een goede uitvoering. Dit moet leiden tot meer transparantie en een hogere kwaliteit van de opleiding. Hierbij zal ook aandacht nodig zijn voor de belasting van de AIOS, opdat deze aan de nieuwe opleidingseisen en doelstellingen kunnen voldoen.

### Aandachtsgebieden

De keuze van aandachtsgebieden (zoals hepatologie en MDL-oncologie) zal mogelijk worden en wij zullen actief meedenken bij de

invulling daarvan. Het zal een hernieuwd inzicht geven in een nieuw en gevarieerd aanbod van toekomstige MDL-artsen. AIOS moeten de mogelijkheid hebben om een aandachtsgebied grondig te verkennen. Uiteraard zullen de opleiders dit moeten kunnen ondersteunen. Of het aanstaande Opleidingsfonds hen hier toe in staat zal stellen, moet nog blijken.

Het bestuur van Touché zal actief de belangen van AIOS blijven behartigen zonder uit het oog te verliezen dat we aanstaande collega's zijn.

*Eric Tjwa*, voorzitter Touché

## NIEUW INITIATIEF IN NEDERLAND

# Integratie basaal MDL-onderzoek op voorjaarsvergadering NVGE

“**D**utch Experimental Gastroenterology and Hepatology Meeting” is de naam van een gezamenlijk wetenschappelijk programma als onderdeel van de voorjaarsvergaderingen van de NVGE en NVH op 13 en 14 maart. Het programma is een initiatief van de Secties Experimentele Gastro-enterologie van de Nederlandse Vereniging voor Gastro-Enterologie (NVGE) en Basale Hepatologie van de Nederlandse Vereniging voor Hepatologie (NVH).

Onderzoekers in beide secties hebben veel gemeenschappelijke aandachtsgebieden, zoals genomics, biochemie, celbiologie en immunologie. Een belangrijke doelstelling van deze gezamenlijke wetenschappelijke bijeenkomst is het bevorderen van de uitwisseling van kennis, inzicht en expertise op deze gebieden.

De secties verwachten dat door deze interdisciplinaire samenwerking én selectie van de allerbeste abstracts de kwaliteit van de bijeenkomst hoog zal zijn. Andere abstracts krijgen dankzij een nieuwe opzet van de postersessies ook de nodige aandacht.

De nieuwe formule lijkt aan te slaan: voor de komende voorjaarsvergaderingen van NVGE en NVH zijn maar liefst 72 van de 234 abstracts ingediend voor deze specifieke bijeenkomst.

Door de samenwerking zal het gemakkelijker zijn budget vrij te maken voor het aantrekken van buitenlandse sprekers. Zo zijn voor 13 en 14 maart internationaal gerenommeerde wetenschappers uit Frankrijk, Duitsland en de Verenigde Staten uitgenodigd om voordrachten te houden die interessant zijn voor zowel basale onderzoekers als klinici. Tijdens een *meet the professor breakfast* kunnen deelnemers persoonlijk met deze wetenschappers van gedachten wisselen en zo hun netwerk opbouwen en op de hoogte blijven van de laatste ontwikkelingen.

Een gezamenlijke stuurgroep is verantwoordelijk voor het weten-

schappelijke programma, waarin beide aandachtsgebieden evenredig aan bod komen, met bijzondere aandacht voor de translationele onderwerpen: de koppelingen tussen het laboratorium en de kliniek. Om de belangen van onderzoekers in beide werkvelden te dienen, blijven er aparte abstract- en posterprijzen.

Deze beoogde langdurige samenwerking tussen onderzoekers op het gebied van de maag-, darm- en leverziekten zal het ontstaan van expertiseplatforms bevorderen en bovendien een rijk geschakeerd internationaal netwerk ontsluiten voor basale en klinische onderzoekers.

Het programma van de bijeenkomst is te vinden op [www.nvge.nl](http://www.nvge.nl).



Besturen sectie experimentele gastroenterologie NVGE en sectie basale hepatologie van NVH bereiden eerste gezamenlijke meeting tijdens voorjaarsvergadering 2008 voor. Van links naar rechts: Edmond Rings, Ric van Tol, Jaap Kwekkeboom, Leo Klomp, Anje te Velde (toekomstige voorzitter SEG), Klaas Nico Faber en Gerard Dijkstra. Joost Drenth en Hans Kusters ontbreken op de foto.

# Bijna 34.000 mensen met dikkedarmkanker in Nederland zoek?

De minister van Volksgezondheid, Ab Klink, overweegt een landelijk screeningsprogramma voor dikkedarmkanker in te voeren. De komende tijd moet duidelijk worden met welk screeningsinstrument dit gaat gebeuren. De minister heeft daarbij momenteel de keuze uit FOBT's, sigmoïdoscopie, colonoscopie en zelfs al CT-colonografie.

**D**e vraag is of hij voor de beste methode, de coloscopie, kiest. Het is aannemelijk dat hij op grond van kosten, capaciteitsproblemen, belasting, kans op complicaties en lage opkomstpercentages niet voor endoscopische of radiologische screeningsinstrumenten zal kiezen, maar dat hij – evenals geschiedt in andere landen – zijn keus laat vallen op een FOBT als primair screeningsinstrument. In een gerandomiseerd onderzoek, dat is uitgevoerd in de omgeving van Nijmegen en Amsterdam (Van Rossum, UEGW 2007), is recent aangetoond dat daarbij een immunologische ontlastingstest de beste keuze is. Daarmee worden twee keer meer colontumoren gevonden dan met de klassieke Hemocult-II. Bovendien worden deze tumoren in een vroeger stadium ontdekt dan in een symptomatische groep, waardoor de geschatte vijfjaarsoverleving met 20% kan toenemen en het ook aannemelijk is dat er minder dure celgroeiremmende geneesmiddelen hoeven te worden gebruikt. Bovendien kan bij deze tumoren in ruim een kwart van de gevallen worden volstaan met een endoscopische behandeling en worden bij de helft van de personen met een positieve FOBT *advanced* adenomen gevonden en verwijderd, hetgeen op den duur een daling van de incidentie van colonkanker kan opleveren.

## Onderschatting

Uit bovengenoemde studie kwam naar voren, dat bij 0,4% van onze landgenoten tussen 50 en 75 jaar dikkedarmkanker wordt gevonden. Omdat er in Nederland momenteel 4,5 miljoen mensen wonen in deze leeftijdscategorie, zou dit inhouden dat in ons land ten minste 18.000 personen met deze aandoening rondlopen.

Dit is zeker een onderschatting van het probleem, omdat bekend is dat ook een immunologische FOBT vals negatief kan testen. De gouden standaard om de werkelijke incidentie van colonkanker vast te stellen, is momenteel nog steeds de colonoscopie. Helaas zijn er weinig gegevens beschikbaar over screeningscolonoscopieresultaten in deze leeftijdscategorie. Een meta-analyse waarbij 7098 personen

in deze leeftijdsgroep met een colonoscopie zijn gescreend in Italië (Segnan, Gastroenterology 2007), Duitsland (Hartmann, UEGW 2007) en Nederland (Khalid, NVGE 2007), trof bij 59 personen colonkanker aan (0,8%). Dit houdt in dat er in ons land waarschijnlijk bijna 40.000 personen in deze leeftijdscategorie rondlopen met dikkedarmkanker. Dit is veel meer dan de nu veronderstelde incidentie (0,14% = 6300 personen) van colonkanker in deze leeftijdsgroep!

Aangenomen mag worden, dat deze tumoren pas in de komende jaren symptomen gaan geven aan de hand waarvan ze, meestal te laat, worden ontdekt. Het wordt tijd om te gaan screenen voordat het zover komt!

*Prof. dr. Jan Jansen, Nijmegen*

## NIEUWS

### Hepatitis-C-studie

De afdelingen Maag-, Darm- en Leverziekten van het Erasmus MC en het UMC St. Radboud starten een studie waarbij de standaarddosering ribavirine bij hepatitis C wordt vergeleken met een hogere dosering ribavirine in combinatie met wekelijks 180 µg PEG-interferon alfa 2a. Het is een gerandomiseerde multicenter-, open label, twee armige studie waarbij in totaal 170 patiënten worden geïnccludeerd. Initiatiefnemers zijn Joost Drenth en Rob de Knegt.

In deze studie kunnen patiënten tussen de 18–60 jaar met chronische hepatitis C, genotype 1 of 4, met een hoge virale load ( $\geq 400.000$  I.U./ml) die nog niet eerder zijn behandeld, worden geïnccludeerd. De patiënten zullen lokaal worden behandeld. Gezien de te verwachten ribavirine-geïnduceerde hemolytische anemie, vooral bij de hoge dosering ribavirine, zal erythropoëetine (epoëetine beta) vroegtijdig beschikbaar worden gesteld.

Een minimum van drie patiënten is een vereiste voor deelname aan de studie. Een samenvatting van het studieprotocol en andere informatie is te vinden op [www.virid.nl](http://www.virid.nl). Aanmelding is mogelijk per e-mail bij [r.roomer@erasmusmc.nl](mailto:r.roomer@erasmusmc.nl).



AMBITIEUS BELEIDSPLAN VAN HET GENOOTSCHAP

# ‘Zichtbaar Presteren’: de beste MDL-zorg in volle openheid

‘Zichtbaar Presteren’ is de titel van het ontwerpbeleidsplan 2008–2012 van het Nederlands Genootschap van Maag-Darm-Leverartsen. Het Genootschap wil staan voor een optimale zorg voor MDL-patiënten. De kwaliteit van die zorg moet niet alleen meetbaar zijn, maar ook zichtbaar. Het ontwerpbeleidsplan wordt deze maand besproken tijdens de algemene ledenvergadering van het Genootschap.

In Nederland moet de MDL-arts een centrale rol spelen bij de preventie van maag-darm-leverziekten en bij de diagnose en behandeling van patiënten die aan deze ziekten lijden. Samen met andere professionals levert de MDL-arts *state of the art* zorg, met bijzondere aandacht voor goede patiëntenvoorlichting. Het Genootschap wil zijn leden ondersteunen bij het opbouwen van deze centrale positie.

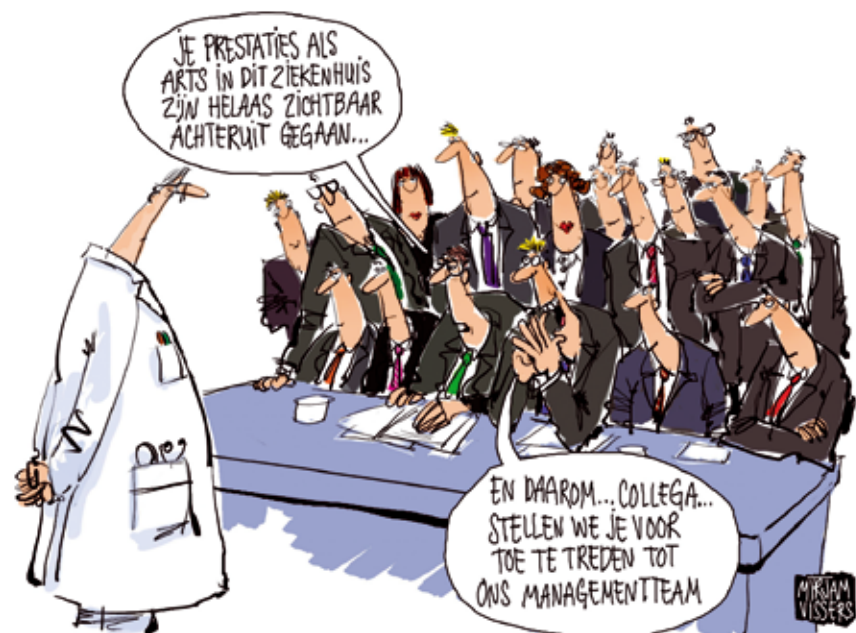
*Protocollen, richtlijnen, standaarden, normen, indicatoren en transparantie.* Dit zijn de sleutelbegrippen in het nieuwe beleidsplan. Ze moeten er, om te beginnen, voor zorgen dat de huisarts de juiste patiënten op het juiste moment naar de MDL-arts verwijst. Deze patiënt weet inmiddels wat de expertise van de MDL-arts is, want zijn specifieke deskundigheden op het gebied van buikklachten zijn al in preventiecampagnes aan het grote publiek getoond.

In het ziekenhuis treft de patiënt een MDL-arts die onmiskenbaar de regie voert over de zorg, van diagnose tot behandeling en nazorg. De patiënt wordt uitstekend geïnformeerd en bemerkt dat de MDL-arts andere specialisten, zoals de oncoloog, de gynaecoloog of de diëtiste inschakelt als dat nodig is voor het bieden van de beste zorg. Op de website van het ziekenhuis kan hij bovendien zien, dat zijn behandelend arts voldoet aan de landelijke normen voor endoscopieën en dat daarbij weinig complicaties optreden. Ook ziet hij dat je voor leveraandoeningen beter bij een MDL-arts kan zijn met een speciale belangstelling voor hepatologie.

De middelen die bijdragen aan een juiste doorverwijzing en een optimale, multidisciplinaire zorg, zorgen er ook voor, dat de MDL-arts binnen het ziekenhuis de positie verwerft waarop hij aanspraak mag maken. Dat de MDL-arts leidend is bij de behandeling van patiënten met maag-, darm- en leverziekten is straks net zo logisch als dat de cardioloog leidend is bij patiënten met hartklachten. De MDL-arts en zijn collega's zijn consequent bezig met het verbeteren van hun prestaties door kritisch te kijken naar het eigen functioneren en door *best practices* over te nemen van andere maatschap-

pen. Bovendien moet zijn voorzien in voldoende instroom van mensen die worden opgeleid tot MDL-arts om de doelen van de beleidsnota te halen.

Andere belanghebbenden, zoals ziekenhuisdirecties, verzekeraars en politici, kunnen uit openbare gegevens – zoals de prestatie-indicator voor ondervoeding of de verleende certificaten voor endoscopiecentra – vaststellen dat de MDL-zorg over de hele linie steeds beter wordt. Concreet, meetbaar en transparant. Ook weten ze, dat het Genootschap de drijvende kracht is achter dit proces en dus ook de eerst aanspreekbare voor alle vragen over dit gebied van de gezondheidszorg.



## DIVERTICULITIS

Diverticulitis komt veelvuldig voor en kost, geschat naar DBC-omzet, zo'n 40 miljoen euro aan ziekenhuisbehandelingen. Maar er is een schrijnend gebrek aan bewijs voor wat de juiste behandeling van de aandoening is. Die conclusie viel te trekken uit het symposium over gecompliceerd divertikellijden dat eind januari werd gehouden in theater De Veste in Delft.

# Schrijnend gebrek aan bewijs voor juiste behandeling gecompliceerd divertikellijden

**P**rof. dr. André Smout sprak over de ontstaanswijze van diverticulose. Hij introduceerde de bij velen onbekende term *mychosis*. Dit is een toename van circulaire gladde spierlaag door toename van elastinevezels in de teniae. Dit leidt tot een harmonica-achtig contractiepatroon van het colon, wat predisponeert tot divertikelvorming. Smout eindigde met bewijs dat ophouden van flatus tot diverticulose kan leiden.

### Vezels

Prof. dr. Rob Bleichrodt (UMCN) toonde aan dat divertikelziekte nog steeds is gerelateerd aan een westerse levensstijl en dat de incidentie en het aantal ziekenhuisopnames blijven toenemen. De rol van vezels bij het ontstaan van diverticulose en diverticulitis werd belicht door Elles Steenhagen, senior diëtiste van het UMCU. Nog steeds consumeert 90% van de bevolking te weinig vezels en dan met name de onoplosbare vezels (cellulose). Er zijn sterke aanwijzingen, dat het ontbreken van deze onoplosbare vezels in het dieet ten grondslag ligt aan het ontstaan van divertikels. Er is weinig bewijs dat vezels bij de behandeling van divertikellijden een nuttige rol vervullen. Er zijn slechts twee dubbelblind gerandomiseerde studies met conflicterende uitkomsten.

Dr. Jan Hein van Waesberghe van het VUmc toonde de waarde van echo en CT-scan bij de diagnostiek van diverticulitis. CT-geleide abcesdrainage bij Hinchey stadia 1b en 2 is de therapie van eerste keus. Bij hogere Hinchey-classificaties heeft CT-geleide abcesdrainage gerapporteerde succespercentages tot 93%, maar geeft ook een hogere kans op recidieven. Deze vorm van drainage zou dienen als brug tot chirurgische behandeling. Van Waesberghe liet ook zien dat het CT-beeld van een coloncarcinoom en een diverticulitis verschillen.

### Scopie

Prof. dr. Joep Bartelsman (AMC) ging in op de rol van de MDL-arts bij de diagnostiek van divertikelziekte. Hij presenteerde gegevens over de risico's van een coloscopie bij diverticulitis en het verhoogde

risico op coloncarcinoom. Hij ging ook in op diverticulaire colitis en andere IBD-vormen die voorkomen bij diverticulose. Naar aanleiding van recente literatuur brak Bartelsman een lans voor het direct verrichten van een scopie bij een divertikelbloeding.

### Antibiotica

Dr. Richelle Felt Bersma (VUmc) ging in op de behandeling van divertikellijden met mesazaline, antibiotica en probiotica. Ondanks het ontbreken van voldoende niveau-1-studies zijn er toch ruime aanwijzingen dat mesazaline en probiotica werkzaam zijn als therapie van divertikellijden. De associatie tussen comorbiditeit en het optreden van complicaties van diverticulose werd duidelijk gemaakt. Dr. Rudi Roumen, chirurg bij het Maxima Medisch Centrum, liet zien dat een milde diverticulitis goed zonder antibiotica behandeld kan worden. Bewijs voor een nuttige rol van antibiotica is er nauwelijks. Roumen riep op deel te nemen aan de DIVANAB-studie, waarin de waarde van antibiotica bij diverticulitis wordt onderzocht. ▷

## Stichting BG

De stichting BG is in april 2004 opgericht op initiatief van de Delftse gastro-intestinale chirurgen en MDL-artsen van de Reinier de Graaf Groep. De stichting organiseert elke twee jaar een nationaal symposium over een alledaags onderwerp op het gebied van maag-darm-leverziekten. Het eerste, in 2006, ging over gecompliceerd ulcuslijden en trok 210 deelnemers. Nu waren er meer dan 350 inschrijvingen en moest de tweede ring van het theater worden geopend. De wetenschappelijke presentaties werden afgewisseld met korte optredens van cabaretier Marcel Harmsen. Alle presentaties zijn te downloaden van [www.stichtingbg.nl](http://www.stichtingbg.nl). Op 26 januari 2010 staat gecompliceerd galsteenlijden op de agenda.

**ADVERTENTIE**

▷ Dr. Hein Stockman, verbonden aan het Kennemer Gasthuis te Haarlem, coördineert deze studie.

### Chirurgie

Professor dr. Johan Lange (Erasmus MC) propageerde aan de hand van het beschikbare bewijs een conservatief beleid bij milde diverticulitis. Er is in de meeste gevallen geen reden om bij een patiënt met een recidiverende diverticulitis of bij een jonge patiënt een electieve sigmoïdrectie te verrichten. Dit leidde tot verhitte discussies. Lange nodigde iedereen uit om deel te nemen aan de studie die door dr. Jeffrey Vermeulen van het Medisch Centrum Rijnmond Zuid wordt gecoördineerd. De studie randomiseert bij patiënten met een geperforeerde diverticulitis tussen een Hartmann-procedure en een primaire naad.

Dr. Tom Karsten (Reinier de Graaf Groep, Delft) besprak welke operatieve strategie te gebruiken bij de behandeling van diverticulitis. De kernvraag is of in een acute situatie een primaire naad kan worden gelegd of dat een Hartmann-procedure veiliger is. De Nederlandse niveau-4-gegevens laten zien, dat bij jongere patiënten, zelfs bij een Hinchey 3 of 4-diverticulitis, geen reden is om niet een primaire naad aan te leggen. De Rotterdamse studie moet meer inzicht gaan bieden.

Dr. Jeroen Meyerink (VUmc) toonde gegevens van de Sigma-trial, die randomiseerde tussen open en laparoscopische behandeling van electieve resecties bij symptomatische diverticulitis. Laparoscopische behandeling was duidelijk superieur met een kortere opname-duur, minder pijn en minder complicaties dan een open resectie.

### Verschillen

Aan het einde van het symposium presenteerden twee perifere ziekenhuizen (Deventer en Delft) en een academische kliniek (VUmc) volgens een vast format hun behandelingsresultaten van diverticulose en diverticulitis van de laatste 100 patiënten. Zeer opvallend waren de grote verschillen tussen de klinieken in antibioticagebruik, percentage primaire naden, morbiditeit en mortaliteit. Er is klaarblijkelijk nog lang geen algemeen aanvaarde behandelstrategie.

*Tom Karsten, chirurg*  
Voorzitter stichting BG



## MDL-ZORG

# Hoe lang werkt de MDL-arts nog in het ziekenhuis?

Eind november 2007 organiseerde het Genootschap voor Maag-Darm-Leverartsen het succesvolle symposium 'Specialist als Zorgconcurrent'. Ruim 70 MDL-artsen en internisten werden geïnformeerd over de mogelijkheden die de nieuwe Zorgverzekeringswet biedt. Met deze wet heeft een ZBC (zelfstandig behandelcentrum) dezelfde status als een ziekenhuis. Er wordt nog slechts onderscheid gemaakt in Instelling voor Medisch Specialistisch Zorg (IMSZ) mét of zonder verblijf (opname maximaal 24 uur). In de laatste twaalf maanden zijn tientallen ZBC's voor meerdere specialismen, waaronder de MDL, opgericht. Twaalf sprekers onder voorzitterschap van Peter Siersema (Erasmus MC) lieten de deelnemers een kijkje nemen in de keuken van een privékliniek.

**H**et blijkt dat veel specialisten de vaak logge en starre ziekenhuisstructuur willen vervuilen voor een kleine en handzame omgeving van een privékliniek. Voor MDL-artsen zal dat meestal zijn om scopieën te verrichten, maar het is denkbaar dat er in de toekomst ook poliklinische behandelingen plaatsvinden. In Amsterdam zijn er al meerdere klinieken die zich hiermee bezighouden. In principe kan het vak van MDL-arts voor 80% in de setting van een ZBC worden uitgeoefend. Opnames en complexe ingrepen zullen uiteraard in het ziekenhuis gebeuren, maar verder is er voor onze praktijkvoering niet veel meer nodig dan een spreekkamer, scopiekamer, computer, (elektronisch) patiëntendossier en administratieve en verpleegkundige ondersteuning. Een aantal ziekenhuizen overweegt een eigen ZBC op te richten om de dreigende concurrentie voor te zijn. Zelfs bedrijven uit het Verre Oosten oriënteren zich op de mogelijkheden van investeren in de westerse gezondheidszorg. Trefwoorden voor de specialist die in een ZBC werkt, zijn: snelle toegang, behandeling en rapportage; privacy; kwaliteit; prettige omgeving en bejegening; overzichtelijke en flexibele werkverhou-





Marten Otten

dingen; geen bureaucratie; lage kosten en eigen baas. Een ZBC mag als IMSZ aan een ziektekostenverzekeraar declareren.

### Snelheid

Er verandert momenteel veel in zorgland. De patiënt wordt merkbaar actiever in het zoeken naar een behandeling zonder wachttijden. De afstand die vroeger nog wel eens als een bezwaar werd gevoeld, lijkt minder belangrijk. De zorgconsument van morgen let op: prijs, snelheid, comfort (parkeren!), prettige bejegening, privacy, afspraken buiten kantooruren en kwaliteit.

Met name de 'kleine' vakken als dermatologie, KNO en oogheelkunde willen meer en snellere service bieden zonder de vaak belemmerende bureaucratie van een groot ziekenhuis. Snelle toegang en snel resultaat is hun credo. Het is aannemelijk dat deze trend zich ook naar andere disciplines uitbreidt.

### Al duizend

Volgens een recente VVAA-enquête zijn er meer dan 1000 medisch specialisten fulltime of parttime werkzaam in een ZBC. Eenzelfde aantal overweegt serieus dat te gaan doen. Een kleine zoektocht op internet brengt inderdaad tientallen klinieken op het scherm. Veelal in de sfeer van heelkundige verrichtingen en preventieve gezondheidszorg. Het wordt de cliënt heel aantrekkelijk gemaakt, er zijn geen wachttijden en je weet wat het gaat kosten. In Maastricht wordt door MDL-artsen endoscopisch onderzoek verricht in een Diagnostisch Centrum. Binnenkort wordt een filiaal geopend in Almere.

Zelfs sommige academische MDL-klinieken hebben een ZBC of vèrgevorderde plannen in die richting. Het gaat hard!

### Beginnen

De nieuwe WTZi (Wet Toelating Zorginstellingen) maakt dat het oprichten van een ZBC snel kan geschieden (drie tot vier maanden). Maar dan... Er moet financiering worden gevonden. Je hebt een gebouw en medewerkers nodig. Er is veel administratieve rompslomp naast de onvermijdelijke onderhandelingen met zorgverzekeraars en leveranciers. De deskundigen schatten de tijd van initiatief tot 'in werking zijn' rond de twee jaar. Het is beslist geen sinecure. Om het succesvol op te zetten, moet je over ondernemersbloed en heel veel doorzettingsvermogen beschikken.

### Vragen

Veel specialisten dromen wel eens van werken in een privékliniek. Mooier kan het immers niet? Rustige sfeer, je bepaalt je eigen tempo, geen nachtdiensten, goede verdiensten... Maar al snel rijst een aantal fundamentele vragen. Wat zijn de échte verdiensten? Wat zijn de nadelen? Hoeveel personeel heb ik nodig? Welke administratieve hobbels bestaan er? Hoeveel financieel risico loop ik? Wat zeggen je collegae? Mag het wel van het ziekenhuis en de maatschap? Er is toch een concurrentiebeding? Wat moet ik doen bij complicaties? Hoe zit het met de contracten met de zorgverzekeraar?

Voor velen van ons vormen deze vragen (nog) een te groot obstakel. Er zijn immers te weinig MDL-artsen in Nederland en de wachttijden zijn lang. Waar hebben we het over? Maar naarmate de tijd vordert en er steeds meer centra 'om de hoek' verschijnen die voor een concurrerende prijs gaan werken, zullen wij als MDL-artsen ons over dit fenomeen moeten buigen. Het voorbeeld van Maastricht met een scopiecentrum van het academisch ziekenhuis in hetzelfde gebouw één verdieping boven een diagnostisch centrum, spreekt boekdelen. Wanneer een ZBC met korte toegangstijden, scopiërende verpleegkundigen of buitenlandse collegae eenmaal uw wachtkamer belaaft, is het te laat.

Veel van de symposiumgangers toonden grote belangstelling voor de nieuwe vormen van zorgverlening. Voor alle op te richten ZBC's geldt, dat je het beste vooraf goede afspraken met een naburig ziekenhuis kan maken of de hele onderneming samen opzetten. Dit leek gezien de concurrentiepositie aanvankelijk een utopie. De aanwezige ziekenhuisdirecties lieten echter blijken dat ook zij liever een samenwerkingsverband dan een concurrentieslag aangaan. De Beroeps Belangen Commissie adviseert om uw eigen situatie zorgvuldig te analyseren en u door deskundigen te laten voorlichten over de kansen en bedreigingen die het fenomeen ZBC voor ons als MDL-artsen met zich meebrengen.

Marten Otten

# Bevolkingsonderzoek dyspepsie

Na een pilotonderzoek in de regio Nijmegen is de MDL-afdeling van het UMC St. Radboud gestart met een grootschalig onderzoek naar de actuele prevalentie van dyspepsie in Nederland.



**D**yspeptische klachten komen veel voor in de algemene bevolking en zijn vaak een reden om een arts te consulteren. Studies uit Groot-Brittannië en de Verenigde Staten onderzochten het vóórkomen van dyspepsie en rapporteerden prevalenties tussen 38% en 41% [1-3]. Deze studies zijn bijna twintig jaar geleden gepubliceerd; er is geen informatie beschikbaar over de huidige prevalentie.

Gedurende de afgelopen jaren zijn er echter nogal wat veranderingen opgetreden. De eerdergenoemde studies zijn uitgevoerd voordat de protonpompremmers op de markt kwamen. Deze medicijnen verminderen efficiënt en langdurig dyspeptische klachten. Bovendien was destijds *Helicobacter pylori* al wel bekend, maar nog niet veelvuldig en adequaat behandeld. Vergeleken met nu is de prevalentie van infecties met deze maagbacterie bijna gehalveerd. Aan de andere kant is het gebruik van medicatie die dyspeptische klachten kunnen veroorzaken (onder andere NSAID's, lage doses aspirine), sterk toegenomen. Ook het aantal personen met obesitas, een andere factor die is geassocieerd met het ontstaan van dyspeptische klachten, is een toenemend volksgezondheidsprobleem. Er is behoefte aan recente data over de prevalentie van dyspeptische klachten. Hierdoor kan een beter inzicht worden verkregen in het ontstaan van deze klachten en de reden waarom bepaalde mensen wel en anderen geen arts bezoeken met hun klachten.

## Pilotstudie

Om dit te onderzoeken, hebben we een aantal vragenlijsten ontwikkeld en getest in de regio Nijmegen [4]. De geneeskundestudent

Ties Eikendal heeft 5000 van deze vragenlijsten onder een representatieve steekproef in Nijmegen en Wijchen verspreid. Hiervan werd 32% teruggestuurd.

De resultaten van dit pilotonderzoek zijn recent gepubliceerd in het januarinumnummer van *The Netherlands Journal of Medicine* [5]. 43 procent van de mensen gaf aan (boven)buikklasten te hebben gehad in de vier weken voorafgaand aan de vragenlijst. De meest voorkomende klachten waren: opgeblazen gevoel, boeren, een vol gevoel na het eten en brandend maagzuur (*figuur 1*). Vrouwen hebben over het algemeen vaker klachten, die lijken af te nemen met het toenemen in leeftijd (*figuur 2*).

In onze publicatie maken we een voorbehoud. Op ieder adres is slechts één exemplaar van de vragenlijst bezorgd, zodat de kans bestaat dat juist het gezinslid met klachten deze lijst heeft teruggestuurd. Hierdoor vonden we mogelijk een overschatting van de prevalentie van dyspepsie. Aangezien de vragenlijsten anoniem zijn verstuurd en ontvangen, was het niet mogelijk om de personen die reageerden te vergelijken met personen die niet reageerden (non-responderonderzoek).

## Nieuw onderzoek

Om die reden én om te onderzoeken of de gevonden prevalentie uit de pilotstudie ook is te extrapoleren naar de gehele Nederlandse bevolking, zijn we een nieuw onderzoek gestart. Hierin worden 50.000 personen tussen de 18 en 80 jaar in Nederland persoonlijk aangeschreven, gebruikmakend van de Gemeentelijke Basis Administratie (GBA) van de gemeentes Nijmegen, Heumen, Wijchen, Den Haag en Almere. Om een beter zicht te krijgen op de factoren die zijn gerelateerd aan het hebben van dyspeptische symptomen, worden medicatiegebruik, artsbezoek, de aanwezigheid van chronische aandoeningen, en ondergane diagnostische onderzoeken uitgevraagd. Voor dit onderzoek is subsidie verkregen van Nycomed BV.

*Martijn van Oijen & Lieke van Kerkhoven*

Afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten, UMC St. Radboud

De referenties bij dit artikel staan op de website [www.mdl.nl](http://www.mdl.nl).



## Geloof

*E. ging met pensioen en nam afscheid. Zijn 90-jarige moeder, vrouw van een dominee, beschreef kernachtig zijn beroepskeuze inder tijd: "Hij geloofde niet, dus moest hij maar dokter worden."*

*Bij mij is het net zo gegaan. Vijftig jaar geleden ging ik, als misdienaar, nog drie, soms vier keer per dag naar de kerk: 's ochtends om zes uur bij de zusters van Jezus Maria en Jozef in de kloosterkapel, om half acht bij de pastoor in de kerk van Maria Onbevlekt Ontvangen, later tijdens schooltijd een rouw- of trouwmis, en 's avonds in mei en oktober ook nog het Marialof.*

*Ik wilde priester worden en na de lagere school direct naar het seminarie. Dat vonden mijn ouders niet zo'n goed idee. Ik ging naar een gewone middelbare school, een jongensschool, natuurlijk ook met paters. Drie jaar later is Maria aan mij verschenen. Zij was twee jaar mijn eerste vriendin. Ik verloor mijn roeping en mijn geloof en ben dokter geworden.*

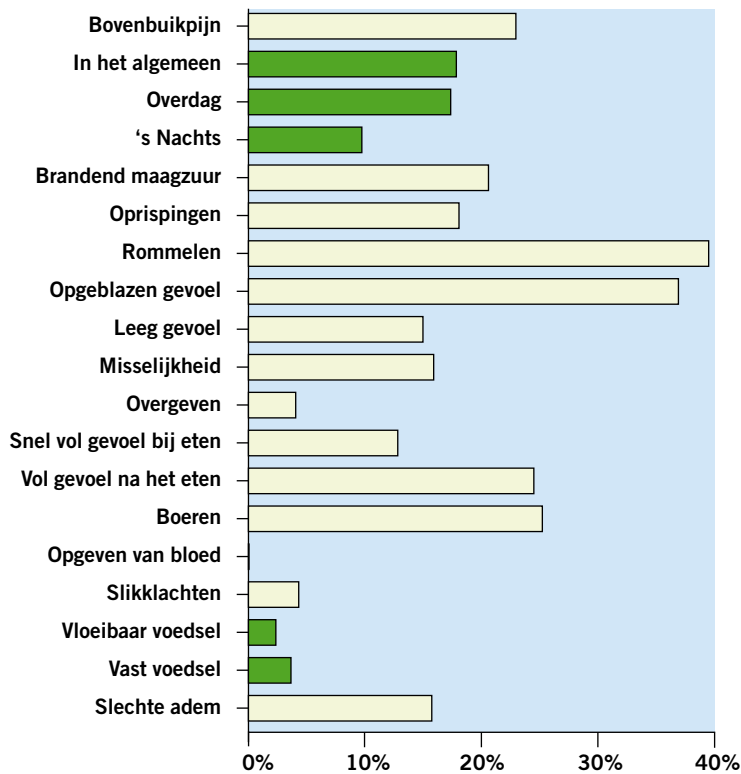
*Met Wim ging het juist andersom. Hij werd dokter en was bij ons in het Wilhelmina Gasthuis in opleiding tot internist, een rustige jongen met kort blond haar en een verlegen glimlach. Hij logeerde in de pastorie in Duivendrecht en speelde op zondag op het orgel in de kerk. Op een dag kwam hij met een verrassende mededeling: hij wilde priester worden en ging naar Rolduc. Ik herinner me nog, dat ik hem toesprak bij zijn afscheid in de assistentenkamer en hem een handschoen in een enveloppe aanbood: als herinnering aan zijn laatste toucher.*

*Hij werd priester, promoveerde op een onderwerp over euthanasie en werd in Rome, hoewel niet als ervaringsdeskundige, hoofd van het Pauselijk Instituut voor Huwelijk en Gezin.*

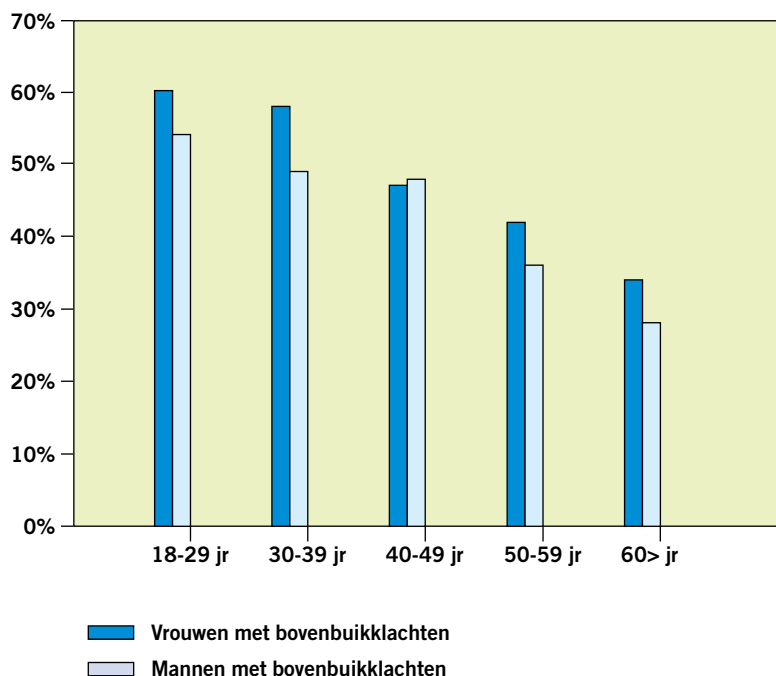
*En nu is hij aartsbisschop van Nederland en mag hij de Cappa Magna dragen.*

*Natuurlijk ben ik een tikkeltje jaloers.*

Figuur 1. Prevalentie bovenbuikklachten gedurende vier weken.



Figuur 2. Prevalentie bovenbuikklachten vrouwen en mannen naar leeftijd.



**adv Pentax**



# “Via de handheld naar je eigen EPD”

Met een focus op chronische inflammatoire darmziekten, dikkedarmkanker en leverziekten mikt Daan Hommes met het aanvaarden van zijn leerstoel in de Maag-, Darm- en Leverziekten op een vernieuwend en efficiënter zorgproces binnen het LUMC. Hiertoe ontwikkelde hij – een breed toepasbaar – academisch zorgproces onder de naam IZO: Integratie van Zorg en Onderzoek.

**I**ZO staat voor een volledige integratie van translationeel – toegepast – wetenschappelijk onderzoek met de zorg in de spreekkamer. Als bouwstenen van IZO noemt Hommes ten eerste het op een gestandaardiseerde manier verzamelen van datasets verkregen uit biomateriaal (en opgeslagen in biobanken voor verdere verwerking). Deze moleculaire data worden vervolgens geïntegreerd met de klinische datasets (uit het elektronisch patiëntendossier). Dit levert een systematisch bevragebare dataset op, die zich direct terugvertaalt naar de patiëntenzorg. Dit alles natuurlijk mede dankzij de ontwikkelingen die hebben plaatsgevonden binnen de ICT en bio-informatica.

Ten tweede benadrukt Hommes dat het tijd wordt om te schakelen van een symptoomgeoriënteerde zorg naar een preventief georiënteerd zorgproces. De focus hierbij ligt met name bij patiënten met een chronische ziekte. “Op basis van individuele risicoprofielen gecombineerd met biomarkers grijpen we medicamenteus in vóór de ziekte het individu beschadigt.”

Met het streven naar preventieve zorg verdeelt Hommes het IZO-proces in drie trajecten. Het rode traject is het urgente traject: zorg die spoed vereist. Het groene traject is het korte traject: zorgverlening binnen een aantal werkdagen. Het gele traject is de niet-urgente zorg: het monitoren van ziekte of medicatie. Met het streven naar preventieve zorg zal deze nu al grootste groep chronisch zieken in de toekomst alleen maar groter worden.

Om hier een efficiëntieslag te maken, biedt Hommes sinds kort de IBD-patiënten van het LUMC de mogelijkheid om elektronisch zorg te consumeren. Een speciaal hierop ingericht elektronisch medisch dossier zal met behulp van de *Lab-on-a-Chip*-techniek patiënten in staat stellen de eigen labgegevens door te sturen. Met een apparaat dat nog het meest lijkt op een USB-stick kan de patiënt 60 tot 90 markers uit één druppel bloed halen en zo, desnoods vanuit de

trein naar zijn werk, alle labgegevens doorsturen vanaf zijn *handheld* naar het elektronisch patiëntendossier. Een goede zaak voor de patiënt, die op deze manier participeert in zijn eigen behandeling, en voor de dokter die zich op de poli meer kan gaan richten op de urgentere zorg.

Als derde set bouwstenen gelden de instrumenten waarmee de doelmatigheid van de individuele zorg continu wordt gemeten. Instrumenten als Standard Operational Procedures (SOP's) voor wat betreft het afgenomen biomateriaal en de (in overleg vastgestelde) indicatoren die het IZO-proces transparant en meetbaar maken.

Tot slot de vierde set bouwstenen: de wetenschappelijke output opgeslagen in het *IBD-data warehouse*. Hier ligt volgens Hommes de werkelijke taak van het academische huis. Door het bevragen van de klinische en moleculaire data kunnen belangrijke nieuwe relaties worden gelegd binnen de immuunziekten. De bio-informatica speelt hierbij een essentiële rol. En uiteraard vormt deze set bouwstenen de basis voor nationale en internationale samenwerkingsverbanden en commerciële initiatieven.

Een dergelijke herinrichting van het zorgproces levert inspiratie door kwaliteit binnen de zorg en het wetenschappelijk onderzoek en belangrijker: plezier in het werken in de zorg! Niet voor niets benadrukt Hommes de laatste zinnen van zijn afdelingsmissie: ‘vertrouwen, collegialiteit en een aangename werkomgeving’.



## GENETIC SUSCEPTIBILITY FOR INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

*Rinse K. Weersma, Universiteit van Groningen,  
17 oktober 2007*

**D**e ziekte van Crohn en colitis ulcerosa zijn multigene aandoeningen. Door het combineren van informatie van verschillende genen is het mogelijk een uitspraak te doen over het risico op het ontstaan en het beloop van de ziekte van Crohn. Dit blijkt uit het promotieonderzoek van MDL-arts Rinse Weersma van het Universitair Medisch Centrum Groningen.

De ziekte van Crohn en colitis ulcerosa zijn chronische ontstekingsziekten van de darm, waarbij sprake is van een verstoorde immunologische reactie op de normaal aanwezige bacteriën in de darm. De ziekteveroorzaker is onbekend. Uit epidemiologische onderzoeken waarin wordt aangetoond dat de ziekte vaker voorkomt binnen families en bij tweelingen blijkt dat er ook een erfelijk component is.

Weersma onderzocht de genetische achtergrond van de ziekte van Crohn en colitis ulcerosa. Hiervoor verzamelde hij, in samenwerking met alle UMC's in Nederland, DNA-materiaal van 3000 patiënten. Tevens werden alle klinische karakteristieken van deze patiënten in kaart gebracht. In zijn onderzoek beschrijft Weersma genetische associaties tussen mutaties in meerdere genen die het risico op het ontstaan van IBD verhogen. Weersma toont aan dat het mogelijk is om op basis van DNA-onderzoek een risicoprofiel te maken met betrekking tot het ontstaan en de ernst van het beloop van de ziekte van Crohn. Uit zijn onderzoek blijkt verder dat eerder gevonden mutaties in IBD5, DLG5, NOD2, ATG16L1 en IL23R ook in de Nederlandse populatie zijn geassocieerd met de ziekte van Crohn. Hij beschrijft ook nieuwe mutaties in het gen RUNX3, die het risico op het krijgen van colitis ulcerosa verhogen. Bovendien blijkt dat erfelijke factoren een grotere rol spelen bij het ontstaan van de ziekte van Crohn bij personen onder de achttien jaar dan bij het ontstaan op volwassen leeftijd.

### Curriculum vitae

Rinse K. Weersma (Delfzijl, 1972) studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen. Hij deed zijn onderzoek bij de afdelingen MDL en Medische Genetica van het UMC Groningen. Zijn onderzoek werd mede gefinancierd door de Nederlandse Vereniging voor Gastro-enterologie, de J.K. de Cock Stichting en Schering Plough. Zijn promotores waren prof. dr. J.H. Kleibeuker en prof. dr. C. Wijmenga. Hij is sinds juni 2006 als MDL-arts werkzaam in het Universitair Medisch Centrum Groningen met als speciale aandachtsgebieden inflammatoire darmziekten en geavanceerde endoscopieën.

**Voor meer informatie:** [r.k.weersma@int.umcg.nl](mailto:r.k.weersma@int.umcg.nl).

## INTESTINAL FUNCTION IN CHOLESTASIS AND ESSENTIAL FATTY ACID DEFICIENCY

*Leonie Los, Rijksuniversiteit Groningen,  
14 november 2007*

Cholestase wordt gekarakteriseerd door verminderd galtransport van de lever naar het darmlumen, met als gevolgen: accumulatie van galzouten in bloed, lever en andere organen, en verminderde beschikbaarheid van galzouten in het darmlumen. Cholestatische kinderen ontwikkelen vaak het zogenaamde *failure to thrive*: gestoorde groei en deficiënties van belangrijke voedingsstoffen, inclusief essentiële vetzuren (EFA).

Het effect van cholestase en EFA-deficiëntie op het functioneren van de darm werd onderzocht, met name de splitsing en absorptie van vetten en koolhydraten. De splitsing van sucrose en absorptie van glucose bleken onveranderd in cholestatische ratten. EFA-deficiëntie in muizen verlaagt de splitsing van het koolhydraat lactose sterk, zonder dat het de absorptie van glucose beïnvloedt.

Cholestase in combinatie met EFA-deficiëntie lijkt een duidelijk negatieve invloed uit te oefenen op het functioneren van de darm. Deze informatie stelt in staat rationele voedingsaanpassingen te maken om zo de voedingsstatus en daarmee de prognose van cholestatische patiënten te verbeteren.

### Curriculum vitae

Leonie (E.L.) Los (1980, Zwolle) studeerde medische biologie aan de Rijksuniversiteit Groningen. Na haar afstuderen eind augustus 2003 startte zij onder begeleiding van prof. dr. H.J. Verkade, prof. dr. F. Kuipers en dr. E.H.H.M. Rings haar promotie-onderzoek bij de vakgroep Kindergeneeskunde van de Rijksuniversiteit Groningen. Binnenkort reist zij af naar Australië om daar te gaan wonen en werken.

**Voor meer informatie:** [leo2602@hotmail.com](mailto:leo2602@hotmail.com).

## THIOPURINES AND IBD; PHARMACOLOGY AND TOXICITY

*Nanne de Boer, Vrije Universiteit te Amsterdam,  
20 november 2007*

**T**hiopurines (azathioprine of 6-mercaptopurine) zijn immuunsuppressieve medicijnen die al tientallen jaren worden gebruikt als onderhoudsmedicatie bij colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn. Ongeveer één op de drie patiënten heeft

geen baat bij deze behandeling, omdat het medicijn ineffectief is of te veel bijwerkingen geeft. Dit proefschrift beschrijft een tweetal nieuwe opties om thiopurinetherapie te optimaliseren. Ook zijn aanvullende farmacologische en toxicologische studies verricht.

Het metabolisme van thiopurines kan positief worden beïnvloed door daarnaast mesalazine te gebruiken. De combinatie van deze medicijnen leidt, op een dosisafhankelijke manier, tot een verhoogde aanmaak van de werkzame thiopurinemetabolieten (6-thioguaninenucleotides). Dus voor patiënten bij wie azathioprinetherapie onvoldoende werkt, lijkt het starten van mesalazine een aantrekkelijke optie, omdat hogere 6-thioguaninenucleotidespiegels zijn geassocieerd met een verhoogde effectiviteit. Bij ongecontroleerd starten van mesalazine naast thiopurines kan evenwel myelotoxiciteit ontstaan.

Patiënten die bijwerkingen tijdens thiopurinetherapie hebben ontwikkeld, lijken baat te hebben bij een andere 'vergeten' thiopurine, te weten 6-thioguanine. Bijna 90% van de patiënten verdraagt dit medicijn goed na een jaar lang adequaat, relatief laag, gedoseerde therapie. De negatieve berichten over hepatotoxiciteit (nodulaire regeneratieve hyperplasie (NRH) van de lever) lijken te worden verklaard door de gebruikte (hogere) doseringen in andere landen. Op Europees niveau zijn hierover vervolgens richtlijnen opgesteld. 6-Thioguanine kan veilig worden voorgeschreven mits laag gedoseerd en onder frequente poliklinische controles. Ook werd aangetoond dat NRH relatief frequent (6%) voorkomt bij non-thiopurine gebruikende IBD-patiënten.

### Curriculum vitae

Nanne de Boer (1978) studeerde geneeskunde aan de Universiteit Maastricht (cum laude). In december 2003 begon hij aan zijn promotieonderzoek over thiopurinetherapie bij inflammatoir darmlijden onder leiding van prof. dr. Chris Mulder en dr. Ad van Bodegraven. Bijzondere aandacht werd besteed aan de farmacologische en toxicologische aspecten van deze immuunsuppressieve therapie. In februari 2006 startte De Boer met de opleiding tot MDL-arts aan het VU medisch centrum. Ook organiseert hij sinds 2006 een jaarlijks wetenschappelijk congres (Young ICC Research Meeting) voor onderzoekers op het gebied van IBD.

**Voor meer informatie:** [khn.deboer@vumc.nl](mailto:khn.deboer@vumc.nl).

## THERAPEUTIC DRUG MONITORING OF THIOPURINE METABOLITES IN IBD PATIENTS

*Lennard Gilissen, Universiteit van Maastricht,*

*30 januari 2008*

**O**nderhavig proefschrift beschrijft onderzoek naar metabolieten van thiopurines (azathioprine, 6-mercaptopurine, 6-thioguanine) bij IBD-patiënten. Deze afbraakproducten vormen twee groepen: werkzame, maar myelosuppressieve 6-TGN- en hepatotoxische 6-MMPR-metabolieten. De therapeutische bandbreedte van 6-TGN ligt volgens eerder onderzoek tussen 235 en 500 pmol/8x10<sup>8</sup> erythrocyten. 6-MMPR zijn hepatotoxisch boven 5700. De TPMT-activiteit, die erfelijk bepaald is, bepaalt de 6-MMPR/6-TGN-balans.

Allereerst blijkt de therapeutische 6-TGN drempel reproduceerbaar. Meting na één en vier weken thiopurinebehandeling geeft belangrijke informatie over de effectiviteit en kans op bijwerkingen. Patiënten die een leukopenie krijgen, blijken na één week 6-TGN-spiegels van >300 te hebben. Metabolietbepaling omhult dat 16–40% van de patiënten non-compliant zijn. De 6-MMPR/6-TGN-balans verbetert als mesalazines worden gecombineerd, waarschijnlijk door TPMT-remming. Tachtig procent van azathioprine/6-mercaptopurine-intolerante patiënten verdragen wel 6-thioguanine. Lagere 6-thioguanine-doses, met lagere 6-TGN-spiegels dan eerdere studies, zijn effectief met minder nevenwerkingen. Concluderend verbetert *therapeutic drug monitoring* de effectiviteit en veiligheid van thiopurines. Alle onderzoeken werden volledig uit lokale onderzoeksgelden betaald.

### Curriculum vitae

Lennard Gilissen werd geboren op 10 mei 1975 in Weert. Hij behaalde in 2000 het artsenexamen met onderscheiding aan de KU Leuven, België. Van oktober 2000 tot oktober 2004 was hij arts-assistent in opleiding tot internist in het Maaslandziekenhuis Sittard en het academisch ziekenhuis Maastricht. Gilissen participeerde vanaf medio 2001 op initiatief van dr. L.G.J.B. Engels in het onderzoek dat uiteindelijk de basis werd voor zijn thesis, in samenwerking met de afdeling Klinische Farmacie in het Maaslandziekenhuis. Later deden ook MDL-artsen uit andere ziekenhuizen mee (Laurentius Roermond, Rijnstate Arnhem, Radboud Nijmegen, Isala Zwolle, VU en AMC Amsterdam, Catharina Eindhoven, azM).

Van 1 oktober 2004 tot 1 oktober 2007 was hij in opleiding tot MDL-arts in het azM en Catharina Ziekenhuis, met als opleiders prof. dr. R.W. Stockbrügger en prof. dr. A.A. Masclee.

Sinds 1 oktober 2007 is Lennard Gilissen werkzaam als MDL-arts in het Catharina Ziekenhuis te Eindhoven.

**Voor meer informatie:** [lennard\\_gilissen@hotmail.com](mailto:lennard_gilissen@hotmail.com) of [lennard.gilissen@cze.nl](mailto:lennard.gilissen@cze.nl).

## ONBEGREPEN DIARREE EN GEWICHTSVERLIES

**1** In mei 2006 zagen wij een 49-jarige man met sinds vijf maanden diarree en koorts. Hij was 9 kg afgevallen en er was sprake van algehele malaise en nachtzweten. In 2004 had patiënt een orthotopie levertransplantatie ondergaan wegens een levercirrose op basis van een chronische hepatitis C. Op het moment van opname bestond de immuunsuppressie uit tacrolimus 0,5 mg per dag en prednison 10 mg per dag. De verdere medische voorgeschiedenis vermeldde een testiscarcinoom in 1975, waarvoor patiënt was behandeld met hemitesticomie en radiotherapie, nefrectomie links wegens nierstenen en urosepsis (1998), en diabetes mellitus.

Bij lichamelijk onderzoek werd een cachectische man gezien met ascites. Er was geen koorts. Bloedonderzoek toonde een normocytair anemie (hemoglobine 5,9 mmol/L, MCV 81 fL) en verhoogde leverenzymen (yGT 187 U/L, AF 240 U/L, ASAT 42 U/L). Het ALAT bedroeg 31 U/L en het bilirubine was 17 µmol/L. De ascites bleek een verhoogd aantal segmenten te bevatten ( $0.78 \times 10^9/L$ ). HIV-serologie was negatief. Feceskweken bleken negatief voor yersinia, campylobacter, salmonella, shigella en escheria coli. Er kon geen cryptosporidium, isospora of cyclospora worden aangetoond. Ook waren geen toxinen van clostridium difficile detecteerbaar. Aanvullend onderzoek (X-thorax, CT-thorax, CT-abdomen en echo van de lever) was. Gastro- en colonoscopie waren zonder afwijkingen.

Patiënt werd tijdens de analyse van diarree en gewichtsverlies behandeld met amoxicilline-clavulaanzuur wegens een spontane bacteriële peritonitis, ook al bleven de asciteskweken negatief. De situatie van patiënt verslechterde, waarbij patiënt ernstig dehydrateerde en er een persisterende paralytische ileus ontstond waarna totale parenterale voeding gestart moest worden. Ondanks negatieve eerdere feceskweken bleef een hoge verdenking bestaan op een infectieuze oorzaak van de klachten; de feceskweken werden herhaald. Nu werd ook middels PCR onderzoek verricht naar microsporidium, met positieve uitslag. Patiënt werd gedurende vier weken behandeld met albendazol tweemaal daags 400 mg, waarna de klachten verdwenen. Microsporidia zijn sporenvormende schimmels waarvan Enterocytozoon bienewsi en Encephalitozoon intestinalis het meest prevalent zijn in de mens. Infectie met microsporidia kan een voorbijgaande diarree veroorzaken, echter bij immuungecompromiteerde patiënten zoals HIV-geïnfekteerden, kan een infectie gedissimieerd verlopen met buikpijn, braken, encefalitis en multi-organafalen. Er worden steeds vaker infecties beschreven bij patiënten na een orgaantransplantatie. Als deze diagnose wordt gesteld, is dat vaak in een laat stadium, waarbij de patiënt reeds in een bijzonder slechte conditie verkeert. Een mogelijke oorzaak van deze vertraging is de veronderstelling dat een infectie met microsporidia zeldzaam is. De vraag is echter of deze infectie inderdaad zo zeldzaam is onder orgaangetransplanteer-

den. Mogelijk dat een onderschatting van de prevalentie bestaat, omdat men vaak niet aan deze infectie denkt tijdens de analyse naar diarree en afvallen bij immuungecompromiteerden. Wij denken dat onderzoek naar microsporidium onderdeel zou moeten uitmaken van de standaardanalyse van diarree bij een patiënt met een orgaantransplantatie. Misschien zou dit zelfs een standaardanalyse moeten zijn bij alle patiënten met immuunsuppressie en diarree.

*Danielle Josemanders, Rob de Knegt, Jilling Bergmann*  
Afdeling MDL, Erasmus MC, Rotterdam

### Referenties

1. Weber R, Bryan RT, Schwartz DA, Owen RL. Human microsporidial infections. *Clin Microbiol Rev* 1994;7:426-461.
2. Barsoum RS. Parasitic infections in transplant recipients. *Nat Clin Pract Nephrol.* 2006;2:490-503. Review.

## EEN ZELDZAME OORZAAK VOOR RECTAAL BLOEDVERLIES

**2** Een 56-jarige man was sinds 1992 bekend met de ziekte van Crohn, gelokaliseerd in het distale colon. Hij werd sinds 1996 behandeld met azathioprine en onderging elke twee jaar een surveillancecolonoscopie waarbij tot 2004 geen afwijkingen waren gevonden.

In 2006 presenteerde hij zich met rectaal bloedverlies, algehele malaise, nachtzweten en gewichtsverlies. Bij colonoscopie werd er een polypoïde laesie in het rectum vastgesteld met, bij pathologisch-anatomisch onderzoek van de bipten, maligne melanoom. Bij nader onderzoek werd er geen primaire cutane lokalisatie aangetoond. Aanvullend onderzoek door middel van een CT van thorax en abdomen liet echter een gedissemineerd proces zien. Patiënt is binnen twee weken na het stellen van de diagnose overleden.

Primaire lokalisatie van maligne melanoom in de tractus gastrointestinalis vertegenwoordigt 0,05% van alle colorectale maligne aandoeningen (1) met als meest voorkomende lokalisatie het anorectum. Sporadische casuïstiek van primair colorectaal melanoom bij patiënten met inflammatoire darmziekten is vermeld in de literatuur (2) en een cohortonderzoek liet verhoogd risico zien op het ontwikkelen van maligne melanoom bij IBD (3). De incidentie van maligne melanoom is ook verhoogd bij patiënten onder immunosuppressieve behandeling, zoals bij ontvangers van een solide orgaantransplantatie (4). In IBD is het langdurige gebruik van azathioprine geassocieerd met een verhoogd risico op lymfomen (5). De associatie van immuunsuppressie met andere maligne aandoeningen bij IBD is niet duidelijk. Echter,



zoals gedemonstreerd door deze casus, is blijvende alertheid op het ontwikkelen van een maligniteit bij een IBD-patiënt die is behandeld met immunosuppressiva, noodzakelijk.

Zuzana Zelinkova en Janneke van der Woude  
Afdeling MDL, Erasmus MC, Rotterdam

## Referenties

1. Cagir B, Whiteford MH. Changing epidemiology of anorectal melanoma. *Dis Colon Rectum* 1999; 42:1203-08.
2. Greenstein AJ, Sachar DB, Shafir M, Rosenberg IR, Lewis C, Raju T, Szporn A, Janowitz HD, Aufses AH Jr. Malignant melanoma in inflammatory bowel disease. *Am J Gastroenterol* 1992; 87:317-20.
3. Winther KV, Jess T, Langholz E, Munkholm P, Binder V. Long-term risk of cancer in ulcerative colitis: a population-based cohort study from Copenhagen County. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2004; 2:1088-95.
4. Penn I. Malignant melanoma in organ allograft recipients. *Transplantation* 1996; 61: 274-78.
5. Kandel A, Fraser AG. Increased risk of lymphoma among inflammatory bowel disease patients treated with azathioprine and 6-mercaptopurine. *Gut* 2005; 54:1121-25.

## ANOREXIA, ALOPECIA EN ONYCHODYSTROFIE: EEN GASTRO-ENTEROLOGISCH PROBLEEM?

**3** Een 72-jarige patiënte, bekend met een hypothyreoïdie, werd voor een tweede mening gezien in verband met 16 kg gewichtsverlies, braken, smaakstoornissen, alopecia en onychodystrofie sinds vier maanden. Bij lichame-lijk onderzoek was er sprake van alopecia, nagelverlies en hyperpigmentatie van de handen. Laboratoriumonderzoek liet behoudens een verlaagd vitamine D3 (27), albumine (30) en een licht gestoorde nierfunctie (kreat 124 umol/l) geen afwijkingen zien. Gastroscoopie toonde sterk verdikte, erythemateuze maagplooien en in het duodenum ernstig oedemateus slijmvlies met poliepeuze afwijkingen. Histologisch onderzoek toonde hyperplastisch foveolair epitheel met sterk gedilateerde, deels vertakkende klierbuizen, oedeem in de lamina propria en tevens vlokatrofie. Het gewichtsverlies, alopecia, onychodystrofie en hyperpigmentatie in combinatie met het endoscopisch en histologisch beeld deden ons denken aan het Cronkhite-Canada Syndroom. Voor verdere analyse werd een colonoscopie en een dubbelballon-enteroscopie verricht, waarbij in het colon multiple kleine sessiele poliepen werden gezien met oedemateus ogend slijmvlies. Het jejunum toonde afwezige vlokpatronen met oppervlakkige

erosieve afwijkingen. De histologie kwam overeen met de eerder beschreven duodenumbipten. Patiënte werd behandeld met prednison 40 mg, calcium/vitamine D en sondevoeding. De sondevoeding kon al snel worden gestaakt en poliklinisch werd de prednison langzaam (in zes maanden) afgebouwd tot 5 mg. Patiënte is inmiddels 12 kg in gewicht aangekomen, de smaakstoornissen en de eerder genoemde ectodermale veranderingen zijn verdwenen. Controlegastroscoopie één jaar later laat behoudens enkele kleine ontstekingspoliepen in het duodenum geen afwijkingen meer zien.

## Cronkhite-Canada Syndroom (CCS)

Het CCS is voor het eerst beschreven in 1955. Het is een non-hereditaire gastro-intestinale polyposissyndroom met ectodermale veranderingen (alopecia, onychodystrofie en hyperpigmentatie van de huid), vaak in combinatie met diarree, gewichtsverlies, buikpijn, smaakstoornissen en andere gastro-intestinale complicaties zoals *protein losing* enteropathie en malnutritie. De gemiddelde leeftijd bij diagnose is 60 jaar, man/vrouwratio 3:2. 75% van alle *case reports* is afkomstig uit Japan. De pathogenese is onbekend. Er lijkt een associatie te bestaan met verschillende auto-immuunziekten (hypothyreoïdie, SLE, membraneuze glomerulonephritis, vasculitis, reumatoïde artritis, scleroderma). De histologie toont non-adenomateus, juveniel/hamartomateus-achtige poliepen. Maligne transformatie van de poliepen naar adenocarcinoom varieert van 13–15% in patiënten met CCS. Optimale therapie voor CCS is niet bekend. Behandeling bestaat onder andere uit prednison, antibiotica bij bacteriële overgroei, H1-H2-receptorantagonisten en sondevoeding. Complete remissie wordt slechts in 33% van de patiënten bereikt. Fatale complicaties zijn gastro-intestinale bloedingen en sepsis. Ondanks therapie is de vijfjaarsmortaliteit hoog (55%). Vanwege een verhoogd risico op gastro-intestinale maligniteit is jaarlijkse surveillance middels gastroduodenoscopie en colonoscopie geïndiceerd.

Brechje van Eijck en Peter Mensink  
Afdeling MDL, Erasmus MC, Rotterdam

## Referenties

1. Cronkhite L, Canada W. Generalized gastrointestinal polyposis: an unusual syndrome of polyposis, pigmentation, alopecia en onchytophia. *N Engl J Med* 1955;252(24):1011-1015.
2. Daniel E, Ludwig, et al. The CCS. An analysis of clinical and pathological features and therapy in 55 patients. *Medicine (Baltimore)* 1982;61(5):294-309.
3. Yashiro M, Kobayashi H et al. Cronkhite-Canada syndrome containing colon cancer and serrated adenoma lesions. *Digestion* 2004;69:57-62.
4. Ward EM, Wolfsen HC. Pharmacological management of CCS. *Expert Opin Pharmacother* 2003;4:385-389.

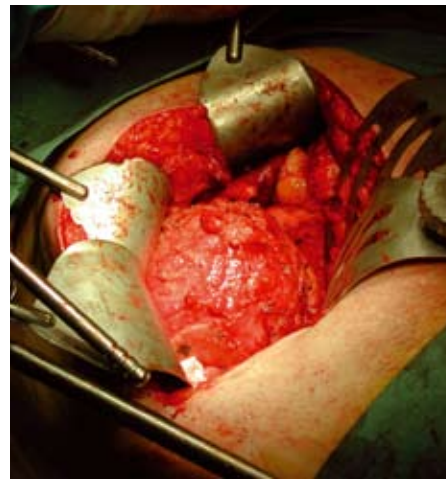
# Behandeling van de polycysteuze lever

Een polycysteuze lever is relatief makkelijk te diagnosticeren met een eenvoudig echografisch onderzoek. De behandeling daarentegen is lastiger. Het Radboud UMC is begonnen met een onderzoek om de verschillende behandelmogelijkheden voor deze aandoening te evalueren.

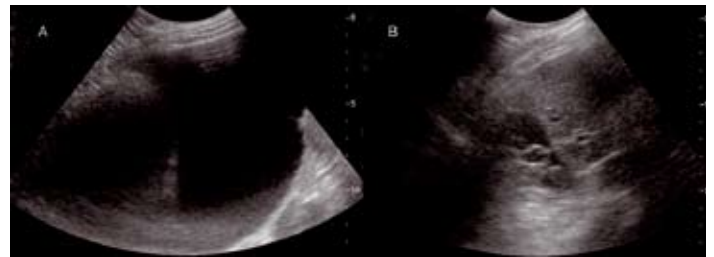
Een polycysteuze lever is te zien bij twee ziektebeelden: *autosomal dominant polycystic kidney disease* (ADPKD), waarbij polycysteuze nieren de hoofdrol spelen en *polycystic liver disease* (PCLD), waarbij geen polycysteuze nieren aanwezig zijn. Beide ziekten erven autosomaal dominant over, waarbij PKD1 en PKD2 de verantwoordelijke genen zijn voor ADPKD, en PRKCSH en SEC63 dit zijn voor PCLD.

De klachten van een polycysteuze lever ontstaan door toename van het levervolume. Dit kan leiden tot een toegenomen buikomvang, snel een vol gevoel na de maaltijd tot het eten van slechts kleine porties en buikpijn. Patiënten met klachten komen in aanmerking voor behandeling. Hierbij is het doel het verminderen van het levervolume, waardoor de ernst van de klachten afneemt of verdwijnt. Er zijn diverse therapeutische opties. Allereerst behoort aspiratie-sclerotherapie tot de mogelijkheden. Hierbij wordt een dominante, strategisch gelokaliseerde, cyste percutaan aangeprikt en leeggezogen. Vervolgens wordt voor een duur van 10–20 minuten alcohol in de cyste achtergelaten en daarna weer weggezogen. De alcohol zorgt voor aantasting van het cyste-epitheel, waardoor fibrose optreedt en de cystevochtproductie vermindert. Uitgebreide evaluatie van de patiënten die in het UMC St. Radboud aspiratie-sclerotherapie hebben ondergaan, toonde dat hierdoor het levervolume met bijna 20% wordt verkleind. Voor dit onderzoek zijn patiënten met grote (diameter >8 cm) cysten geselecteerd. Voorts is gebleken dat voor een goed eindresultaat vaak twee tot drie sessies nodig zijn (1).

Een andere mogelijkheid is laparoscopische fenestratie van de cysten. Cysten worden hierbij aangeprikt en leeggezogen. Vervolgens wordt het dak van deze cysten losgesneden. De beste resultaten van deze behandeling zijn te behalen bij patiënten met een lever die met name grotere cysten aan de onderzijde heeft. Laparoscopische fenestratie resulteerde in het UMC St. Radboud in een volumereductie van zo'n 12,5% (2). De kans op complicaties was echter 25%, overeenkomend met andere vergelijkbare onderzoeken. De klachtenverlichting lijkt vooral van tijdelijke aard.



◁ Figuur 1.  
Grote levercyste bij een laparotomie.



▽ Figuur 2.  
Percutane aspiratie van een levercyste. Plaat A laat een grote (diameter 15 cm) cyste zien. Plaat B toont dat de inhoud van de levercyste is geaspireerd en dat de pigtail van de katheter *in situ* is.

## Transplantatie

Levertransplantatie is een laatste optie en wordt vooral uitgevoerd bij patiënten die complicaties ondervinden van de polycysteuze lever of zeer beperkt zijn in hun dagelijks functioneren. Getracht wordt duidelijker in kaart te brengen welke patiënten geïndiceerd zijn voor levertransplantatie. Het aantal patiënten dat in Nederland een levertransplantatie onderging, is tot nu toe beperkt.

Mogelijk is een rol voor somatostatine-analogen weggelegd bij de behandeling van polycysteuze levers. Somatostatine en zijn analogen kunnen het adenosine 3',5'-cyclisch monofosfaat (cAMP) verlagen, waardoor de vochtproductie wordt verminderd en celproliferatie geremd. In het UMC St. Radboud loopt in samenwerking met Universitair Ziekenhuis Leuven (prof. dr. F. Nevens) een gerandomiseerd (1:1) dubbelblind gecontroleerde trial naar de rol van somatostatine-analogen bij de behandeling van polycysteuze levers. Ten minste 54 patiënten met een polycysteuze lever zullen gedurende 24 weken iedere 28 dagen worden behandeld met langwerkende lanreotide 120 mg (Somatuline®autosolution®) of placebo. Eindpunten van de studie zijn lever- en niervolume, die worden gemeten met voor en na behandeling vervaardigde CT-scans. Ook wordt gekeken naar het klachtenpatroon van patiënten voor en na de studie. Mogelijk zijn er nog andere medicamenten die invloed hebben op de levercystegroei. Welke dit zijn, is nog onbekend, maar de zoektocht gaat verder.

Loes van Keimpema en Joost Ph. Drenth  
Maag-, Darm- en Leverziekten, UMC St. Radboud, Nijmegen

De referenties bij dit artikel staan op de website [www.mdl.nl](http://www.mdl.nl).

NATIONAAL HEPATITIS CENTRUM ZIET GEEN ALTERNATIEF

# Terugroepen patiënten veroorzaakt ongerustheid

**H**et Rijnland Ziekenhuis in Leiderdorp roept in februari 300 patiënten op voor bloedcontrole, nadat is gebleken dat een naaldgeleider voor prostaatpuncties niet goed is schoongemaakt en ontsmet. St. Jansdal in Harderwijk roept 400 patiënten terug. Scopen op de afdeling urologie zijn niet goed gereinigd.

De Franse minister van Volksgezondheid laat in januari 7000 patiënten terugroepen die mogelijk besmet zijn geraakt met hepatitis of hiv. Bij de patiënten is een rectale of vaginale echografie gemaakt met apparatuur die door de radioloog niet goed zou zijn ontsmet. De uit België afkomstige arts is aangeklaagd door personeelsleden en inmiddels voor vijf maanden geschorst.

Ook in Nederland zijn de afgelopen jaren grote groepen patiënten teruggeroepen na prikaccidenten of na de vaststelling dat een wasmachine voor scopen niet goed had gewerkt.

“Erg vervelend voor het ziekenhuis, maar een nachtmerrie voor de patiënt”, zo omschreef arts-microbioloog Sander Leenders van Ziekenhuis Bernhoven (Veghel, Oss) het terugroepen van patiënten in het *Algemeen Dagblad*. In het ziekenhuis werd in augustus 2007 ontdekt dat een wasmachine mogelijk niet goed had gewerkt.

In Oss en Veghel zijn 592 patiënten teruggeroepen. Volgens het Nationaal Hepatitis Centrum (*Nieuwsbrief*, november) staat van de grootste groep patiënten na bloedonderzoek vast dat zij geen gevaar hebben gelopen. Omdat niet alle patiënten zijn komen opdagen, moeten 39 mensen zich dezer dagen nog een keer melden. Dan is de incubatietijd verstreken en kan met zekerheid worden gezegd of ook zij geen gevaar hebben gelopen. Dat het onderzoek niet kon worden afgerond, komt doordat inmiddels een aantal patiënten is overleden. Van hen kan niet meer worden vastgesteld of ze besmet waren. De patiënt die na hen met dezelfde endoscoop is onderzocht, moet daarom na het verstrijken van de incubatietijd voor de zekerheid nog een keer komen.

## Indrukwekkend

De reeks van terugroepacties is inmiddels indrukwekkend. Medisch Centrum Alkmaar riep 200 patiënten terug. De Leyenburg in Den Haag 19 patiënten en Gelre Ziekenhuis in Apeldoorn 57 patiënten. De Lievensberg in Bergen op Zoom liet 250 patiënten terugkomen, Martini Ziekenhuis in Groningen zo'n 500 en Rivierenland in Tiel 70 patiënten. In geen van deze gevallen is een besmetting ontdekt. Prikaccidenten lijken aanmerkelijk riskanter. Het Nationaal Hepatitis Centrum meldt er dit jaar al drie. In de Dr. S. van Mesdagkliniek in Groningen zijn vijf besmette personen gevonden, al blijft de vraag of ze niet al besmet waren vóór het prikaccident. In een verzorgingshuis in Rotterdam zijn twee bejaarden besmet geraakt door meermalig gebruik van een insulineprikpen. In Almere zijn 600 mensen

gecontroleerd en bleek niemand besmet.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in december een waarschuwing doen uitgaan. De IGZ heeft de fabrikant opdracht gegeven om alle zorgaanbieders te informeren over het correct gebruik van de prikpen: één pen gebruiken voor zelfcontrole bij één persoon. Vanwege infectiegevaar mogen prikpen absoluut niet worden gebruikt bij meerdere personen. Zorgverleners die deze prikpen hebben gebruikt bij meerdere patiënten, moeten van de IGZ contact opnemen met de regionale GGD. De GGD adviseert zorgverleners op basis van een risicoanalyse over de te nemen maatregelen.

## Ongerstheid

Terugroepacties leiden tot grote ongerustheid bij patiënten. Zo zegt een van hen in het *Algemeen Dagblad*: “Ik kan zomaar hiv hebben. Ongelooflijk. De gekste dingen spoken door mijn hoofd. Stel dat ik besmet ben, ben ik dan ten dode opgeschreven? En hoe moet het dan verder met de familie? Het is misschien wat naïef, maar ik associeer hiv toch vooral met de dood. Een ‘uiterst geringe kans’ is ook een kans. Niemand kan mij de garantie geven dat ik niet besmet ben. Een halfjaar lang moet ik die last dragen. Ik kan me voorstellen dat ik in die periode gelijk op tilt sla als ik iets vreemds voel.”

Het Nationaal Hepatitis Centrum herkent het probleem. Coördinator Paula van Leeuwen: “Onrust ontstaat vooral door de publiciteit rond deze acties. Vaak staat het woord hiv in de kop en daar worden mensen natuurlijk angstig van.” Van Leeuwen noemt de kans op besmetting met hiv of hepatitis C nihil. “Het zijn zwakke virussen die vermoedelijk de geest al hebben gegeven door spoelen en temperatuur-effect. Met hepatitis B ligt dat duidelijk anders. Dat is een taaie overlever.” Volgens Van Leeuwen valt te overwegen alleen te controleren op hepatitis B, zodat hiv niet meer genoemd hoeft te worden. “Bij prikaccidenten maken we sinds kort ook onderscheid in hoog en laag risico. Maar zo'n besluit kun je alleen nemen op basis van gedegen, wereldwijde studies.”

Hoewel de kans op besmetting via een endoscoop uitermate gering is, ziet Van Leeuwen geen andere mogelijkheid dan alle patiënten terugroepen. “Hoe klein ook: een besmetting met hepatitis B blijft een reëel risico. Niet alleen voor de betrokken patiënt, maar ook voor diens omgeving. Wat moet gebeuren, is en blijft het uiterst nauwgezet volgen van de richtlijnen voor desinfectie en strikte controle op de wasapparatuur.”

Leverspecialist prof. dr. Harry Janssen (Erasmus MC): “De allerbeste remedie om hepatitis B uiteindelijk te voorkomen, is natuurlijk een landelijk vaccinatieprogramma. Iets dat in vrijwel alle andere Europese landen reeds lang bestaat. Hopelijk gaat dit nu echt op korte termijn in Nederland geïmplementeerd worden.”

# Erasmus MC: ambitie én sfeer

**D**e afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten van het Erasmus MC groeit en bloeit! In acht jaar is onder leiding van Ernst Kuipers een stevige afdeling opgebouwd. Naast de inspanningen van onder anderen 17 MDL-artsen, 16 aios, 8 labstafleden en 50 promovendi spelen ook de zeer goede contacten met collegae binnen en buiten het Erasmus een belangrijke rol. De afdeling beschikt over uitstekende faciliteiten, waaronder een nieuwe klinische afdeling, polikliniek en laboratorium, een *skills lab*, en binnenkort een nieuwe endoscopie-afdeling. Speerpunten zijn hepatologie en levertransplantatie, gastro-intestinale oncologie, IBD en interventie-endoscopie.

## Speerpunten

*Hepatologie* – Harry Jansen, Rob de Man en Rob de Knecht richten zich onder andere op de virale hepatitis en vasculaire leverziekten. Rob de Knecht, Pavel Taimr en Jeffrey Schouten verzorgen een full-time echografieprogramma gericht op diagnostiek, interventie en opleiding. Henk van Buuren is specialist op portale hypertensie en galwegaandoeningen. Ook het levertransplantatieprogramma groeit. In 2007 werden meer dan 60 transplantaties uitgevoerd en werd Herold Metselaar benoemd tot hoogleraar Leverfalen & Levertransplantatie.

*Gastro-intestinale oncologie* – Specifieke belangstelling gaat uit naar slokdarm-, pancreas-, en coloncarcinoom. Het screeningsprogramma darmkanker heeft Monique van Leerdam als stuwende kracht. Manon Spaander is de gastro-intestinale oncologie komen versterken, ook op de Daniël den Hoed-locatie. De afdeling is verheugd over de komst van Marco Bruno. Ook zijn aandachtsgebied ligt bij de gastro-intestinale oncologie.

*Inflammatoire darmziekten (IBD)* – De patiëntenzorg voor IBD heeft een enorme vlucht genomen. Janneke van der Woude is grotendeels verantwoordelijk voor de medicamenteuze behandeling, waarbij klinisch onderzoek een grote rol speelt. Ook verzorgt zij samen met Hankje Escher (kindergastro-enteroloog, locatie Sophia) een transitiepoli voor adolescenten. Peter Mensink is verantwoordelijk voor de innovaties binnen de IBD-endoscopie en voor het darmischemieprogramma inclusief de tonometrie.

*Endoscopie* – De afdeling heeft veel aandacht voor innovaties in de endoscopie. Jelle Haringsma als hoofd van het endoscopiecentrum is hiervoor primair verantwoordelijk en verzorgt onder andere de vroegdiagnostiek en behandeling van carcinomen. Jan Werner Poley



De afdeling MDL in de hal bij de hoofdingang van het Erasmus MC. Drie MDL-artsen en vijf stafleden MDL-lab ontbreken, evenals twee MDL-artsen in opleiding.

geeft de endo-echografie vorm en speelt met Jan Dees en binnenkort Marco Bruno een vooruitstrevende rol in de diagnostiek en behandeling van hepatobiliaire- en pancreasproblematiek.

## Samenwerking, onderzoek en educatie

Er bestaat een nauwe *samenwerking* met de afdelingen Heelkunde, Pathologie, Radiologie, Kindergeneeskunde, Psychologie en de Maatschappelijke Gezondheidszorg. De samenwerking strekt zich ook uit buiten het Erasmus MC, zowel met algemene als met academische centra. Deze multicentrische samenwerking zal de internationale positie van MDL Nederland versterken.

Het centrale thema van ons veelal translationele *onderzoek* is chronische ontsteking en carcinogenese ([www.gastrolab.nl](http://www.gastrolab.nl)). André Boonstra (waarnemend labhoofd), Andrea Woltman, Luc van der Laan en Jaap Kwekkeboom richten zich met name op de hepatologie. Recent zijn voor de coloncarcinogenese Ron Smits en Wendy van Veelen het onderzoeksteam komen versterken. Janneke van der Woude draagt de IBD-research. Er zijn vacatures voor twee post-docs en voor een labhoofd annex hoogleraar Experimentele Gastroenterologie. De laboratoriumdiagnostiek staat onder leiding van Hanneke van Vuuren.

De afdeling investeert veel energie in het opzetten van *scholingsprogramma's*. Zeer belangrijk is daarbij de input en participatie van de collegae buiten het Erasmus MC. De scholing heeft enerzijds een post-graduate karakter, anderzijds gaat de aandacht uit naar de aios, onder andere gericht op endoscopische vaardigheid.

## Toekomstverwachting

De MDL is mede op basis van genoemde ontwikkelingen recent benoemd tot een speerpunt van het Erasmus MC. Dit vormt een uitdaging en creëert mogelijkheden tot het leveren van betere zorg, een uitgebreidere opleiding en meer research. Wij willen in de komende jaren ons focus op de tertiaire zorg voor patiënten uitbreiden, mede door verbetering van patiëntprocessen met behulp van input van MDL-artsen buiten het Erasmus MC. Door deze vernieuwingen en uitbreiding verwachten wij ook een vlucht in onze MDL-research.

*Ernst Kuipers*