

---

# PULMO *Script*

Officieel orgaan van de NVALT

Jaargang 17, nummer 3, september 2007

---



*In dit nummer:*

- Jaarverslag 2006
- Reglement Kwaliteitsvisitatie
- Pulmopen: Hoe gaan we door?

Het is me meegevallen...

Geachte dokter,

Nadat chemotherapie aan mij werd voorgesteld zag ik daar erg tegenop, maar het is me meegevallen.

Dank u wel,





**Colofon**

PulmoScript is het officieel orgaan van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT)

Secretariaat NVALT en Redactie PulmoScript  
Luijbenstraat 15  
5211 BR 's-Hertogenbosch  
Telefoon 073 - 612 61 63  
Telefax 073 - 612 61 54  
e-mail: secretariaat@nvalt.nl  
internetsite: www.nvalt.nl

Redactieraad:  
Dr. P. Bresser, voorzitter  
Dr. H.J. Pennings  
Mevr. T. de Jong

Uiterste datum voor insturen kopij nr. 4: 15 november 2007

PulmoScript verschijnt eenmaal per kwartaal in een oplage van 900 exemplaren.

Elke auteur en adverteerder is verantwoordelijk voor zijn of haar bijdrage. Hetzelfde geldt voor inlichtingen door derden verstrekt.

Productie:  
Van Engelen - tekst, vormgeving en drukwerkadviezen - Eindhoven

ISSN 0925-4749



# Inhoud

Inhoud	3
Ten geleide	4
<b>Bestuur</b>	
Van de bestuurstafel	5
Agenda ledenvergadering 5 oktober 2007	6-7
Jaarverslag 2006	9
<b>Commissies, secties en werkgroepen</b>	
Commissie Accreditatie: Informatie over GAIA en het persoonlijk dossier	23
Sectie VvAwT – Programma studiedagen	24-25
Commissie Visitatie Longziekten: Reglement Kwaliteitsvisitatie, herziene versie	27
<b>Nascholing</b>	
Samenvatting Proefschrift “Health effects of quercetin: from mechanism to nutraceutical” door Agnes Boot, Universiteit Maastricht	32
Samenvatting Proefschrift “Radiotherapie en Cisplatin”, resultaten van gecombineerde behandeling bij het niet-kleincellige longcarcinoom door dr. A.L.J. Uitterhoeve, Universiteit van Amsterdam	41
<b>Reactie op de Pulmopen</b>	
Hoe gaan we door? door Kees van Herwaarden	44
<b>Ingezonden</b>	
Instituut Asbestslachtoffers, versnelling medisch traject	
Astma Fonds Advieslijn: oproep Vloeibare zuurstof	46
Complicatieregistratie bij de longgeneeskunde: tijd voor een inhaalslag door Frans Krouwels	47
Zuurstoftherapie in de ambulance bij acute exacerbaties chronisch obstructief longlijden (COPD), door L. Verhaert, Roland van Balkom en Jacques Creemers	48
Belevenissen in Afghanistan, door Henk Berendsen	51
Congresagenda	56-58
<b>Personalia</b>	
Kandidaat-leden	60

Bij de voorplaat:

*Klimaatverandering of niet,  
de seizoenswisselingen blijven duidelijk afgetekend.....*

## Ten geleide

---

Bij het verschijnen van deze editie van PulmoScript zal voor de meeste van u de zomervakantie weer tot het verleden gerekend kunnen worden. Als ieder jaar hoop ik dat u goed bent uitgerust en weer voldoende bent opgeladen om u ook dit jaar weer voor uw vereniging te kunnen inzetten. Als altijd geldt daarbij het motto: 'Vraag niet wat de vereniging voor u kan doen, maar wat u voor de vereniging kunt doen'.

De voorliggende PulmoScript mag inhoudelijk als vrij zakelijk worden betiteld. Het jaarverslag over 2006 en twee fraaie proefschrift samenvattingen vormen de hoofdmoot.

Het programma van de komende wetenschappelijke vergadering is klein maar fijn. Het bestuur heeft gemeend veel tijd te moeten reserveren om met u in alle rust over het nieuwe Beleidsplan te kunnen discussiëren. Graag wijs ik u nu al op het als altijd fraaie programma van de studiedagen voor artsen werkzaam in de tuberculose bestrijding in januari 2008. Accreditatie voor dit programma is ook bij de NVALT aangevraagd.

De strijd tussen oxidanten en anti-oxidanten stond centraal in de studies

beschreven in het proefschrift van collega Boot. De mogelijke gunstige effecten van behandeling met het anti-oxidant quercetine bij sarcoidose wordt uitgebreid toegelicht. In het proefschrift van collega Uitterhoeve wordt de ontwikkeling beschreven van behandeling met chemoradiotherapie bij patiënten met een lokaal uitgebreid, inoperabel niet-kleincellig longcarcinoom.

Kees van Herwaarden reageert in deze editie van PulmoScript op de Pulmopen van Piet Postmus getiteld 'Gaan we zo door?' (PulmoScript jaargang 17, nr. 1, pag. 31). Zijn antwoord heeft als titel 'Hoe gaan we door?'. Kees van Herwaarden ziet zeker toekomst voor de longarts, maar onderkent evenzeer de door Piet Postmus geschetste bedreigingen. Hij roept het bestuur op om leiderschap te tonen. Hij vraagt het bestuur een strategische visie te ontwikkelen op alle terreinen van de longgeneeskunde, te weten patiëntenzorg, onderwijs en opleiding en onderzoek. Hij roept op tot bestuurlijke professionalisering waarbij het bestuur meer dan ooit ook oog zal moeten hebben voor de ontwikkelingen binnen de samenleving. Ook spreekt Kees van Herwaarden zijn zorg uit over het wetenschappelijk onderzoek in Nederland. Hij onderschrijft mijn in

de vorige Ten Geleide geuite visie dat het nog te veel gedragen wordt door enkele excellente onderzoeksgroepen, het veld als geheel blijft achter bij de andere specialisten. Hij roept op tot focus en massa. Intensievere samenwerking en afstemming tussen de centra zijn naar zijn oordeel dringend gewenst. Ook hier ziet hij een rol voor de NVALT.

Met het nieuwe Beleidsplan hoopt het bestuur de aanzet te kunnen geven voor het door Kees van Herwaarde gevraagde leiderschap en de door hem als voorwaardelijk gestelde professionalisering van het bestuur. Vanuit de Raad voor het Wetenschapsbeleid worden voorts op dit moment initiatieven ontplooid om, in samenspraak met op het gebied van (basaal) wetenschappelijk onderzoek actieve leden, te komen tot een NVALT beleidsplan. Ik hoop u over de voortgang van deze activiteiten in mijn reactie op de Pulmopen van Kees van Herwaarden meer te kunnen vertellen.

Onder dankzegging aan diegenen die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van deze PulmoScript wens ik u veel leesplezier.

*Paul Bresser,*  
wetenschappelijk secretaris

## Van de bestuurstafel

Na een welverdiende zomervakantie, die waarschijnlijk voor de meeste van ons wat natter uitviel dan verwacht, is het najaar weer aangebroken. Dit is een periode waarin de vele activiteiten, die tijdelijk tot stilstand gekomen waren tijdens het zomerreces, weer volop de aandacht vragen. Inmiddels heeft U het lang aangekondigde Meerjarenbeleidplan van de NVALT mogen ontvangen. Zoals al eerder uiteengezet heeft dit beleidsplan inmiddels zijn finale status bereikt na vele overlegondes binnen het land. Het vertegenwoordigt de visie hoe wij ons als vereniging wensen te presenteren, zowel naar onze collega's toe maar ook naar de buitenwacht te weten onze patiënten, de politiek, beleidsmakers, zorgverzekeraars en farmaceutische industrie. In deze tijden waarin de veranderingen in de gezondheidszorg zich in steeds sneller tempo lijken te voltrekken, kan het belang van een professioneel opererende vereniging, ondersteund door een vakkundig secretariaat met zonodig ondersteuning door externe adviseurs niet voldoende benadrukt worden. In mijn functie als opvolger van Jos Rooyackers zie ik als secretaris steeds meer uitnodigingen voor velerlei overlegondes langskomen, waarbij er telkenmale afwegingen gemaakt dienen te worden omtrent het belang hiervan en de vraag welke personen vanuit onze vereniging de belangen van de NVALT en haar leden het best kunnen vertegenwoordigen.

Bij het Meerjarenbeleidplan is ook het Meerjarenbegrotingvoorstel van de NVALT toegevoegd. Gewijzigde regelgeving over de financiële structuur van Stichtingen, veranderingen in de CGR-richtlijnen alsmede een terugtrekkende overheid leiden alle tot wijzigingen in de financiële situatie van de vereniging. Het Bestuur heeft naar beste vermogen, de adviezen van onze externe adviseurs in acht nemend, een zo reëel mogelijke inschatting van deze veranderingen trachten te maken. Dat een en ander zal leiden tot een contributieverhoging is in onze ogen niet te vermijden. Tijdens de najaarsvergadering van 5 oktober zullen deze stukken uitgebreid met U besproken worden en zal Uw steun voor deze plannen gevraagd worden.

Een van de onderdelen van het beleidsplan betreft de behartiging van de belangen van onze leden. Nadat de in 2006 ingestelde projectgroep DBC zeer veel en goed werk verzet heeft, werd onze vereniging recent door Zorgverzekeraars Nederland uitgenodigd om haar visie te geven over de inhoud van het zorgpakket van de vrij onderhandelbare DBC's Interstitiële Longziekten en OSAS. Ondanks de relatief late berichtgeving vanuit de Zorgverzekeraars konden wij goed beslagen ten ijs komen door de ondersteuning vanuit de desbetreffende werkgroepen, waarbij het belang van korte lijnen en enthousiaste collega's maar weer eens benadrukt werd. Bij dit overleg heeft de NVALT nadrukkelijk haar wens tot kwalitatief verantwoorde zorg kenbaar gemaakt, zonder hierbij de belangen van onze leden uit het oog te verliezen. Dit overleg met Zorgverzekeraars Nederland past in de tendens waarin de NVALT als wetenschappelijke vereniging zowel door de overheid als andere partijen in het veld steeds vaker gevraagd wordt om haar visie kenbaar te maken. Ook hebben wij als NVALT nadrukkelijk onze stem laten horen op de recente bijeenkomst van de Stichting Ketenkwaliteit COPD; dit is een traject waarin wij als vereniging duidelijk stelling moeten nemen om de kwaliteit van de zorg voor patiënten met COPD te garanderen, maar dit is ook een traject waarin mogelijkheden voor transmurale samenwerking ontstaan, uiteraard met inachtneming van de professionele standaarden. Er zal vanuit onze vereniging een uiterst actieve inbreng noodzakelijk zijn, willen wij een sturende positie in dit krachtenveld verwerven.

Een ander aspect betreft het kwaliteitsbeleid binnen onze vereniging. Nu bekend geworden is dat per DBC een klein bedrag gereserveerd wordt voor het kwaliteitsbeleid, lijkt de continuïteit van het kwaliteitsbeleid van de wetenschappelijke verenigingen gewaarborgd. Helaas blijken deze kwaliteitsgelden in een centraal fonds te belanden, die gezamenlijk beheerd wordt door de Orde van Medisch Specialisten, overheid en zorgverzekeraars. Momenteel vindt er binnen

de OMS een uitgebreide discussie plaats over de manier waarop deze kwaliteitsgelden het best verdeeld kunnen worden over de diverse wetenschappelijke verenigingen. Afhankelijk van de uitkomst van deze discussie zal gezien moeten worden of de voortgang van onderdelen van het kwaliteitsbeleid van de NVALT, zoals de kwaliteitsvisitaties en het ontwerpen van richtlijnen, hierdoor voldoende financieel afgedekt kunnen worden. Een ander onderdeel van ons kwaliteitsbeleid, te weten het opzetten van een complicatieregistratie systeem, zal op korte termijn gerealiseerd moeten worden gezien de eisen die de overheid vanaf 2008 stelt. Zoals U in deze editie van Pulmoscript van de hand van Frans Krouwels kunt lezen heeft de werkgroep complicatieregistratie een model hiervoor ontwikkeld. Het zal uiteraard de uitdaging zijn om niet alleen te registreren maar ook de uitkomsten van deze registratie te analyseren en zonodig te vertalen in verbeterprojecten.

Het bestuur ondersteunt van harte de oproep om deel te nemen aan de toetsingsprocedure van deze nieuwe complicatieregistratie lijst.

Rest nog te vermelden dat het Eeuwboek, dat ter gelegenheid van het 100-jarig bestaan van de NVALT geschreven wordt zijn voltooiing nadert. De auteurs hebben vele uren noeste arbeid erop zitten, waarbij het verzamelen van de gegevens over de historische ontwikkeling van de Longgeneeskunde soms een ware "quest" werd. Het viel de auteurs op dat de NVALT als een van de weinige wetenschappelijke verenigingen geen werkgroep kent die zich bezig houdt met de geschiedenis van ons specialisme. Mochten er leden zijn die zich hierop aangesproken voelen dan gaarne reactie naar ondergetekende.

In de hoop dat wij vele collega's mogen begroeten op deze belangrijke najaarsvergadering,

Namens het Bestuur,  
*Herman-Jan Pennings, secretaris.*

# Agenda ledenvergadering NVALT

*Vrijdag 5 oktober 2007  
Prins Claus Congreszaal, jaarbeurs te Utrecht*

---

Huishoudelijke vergadering (15.30- 17.00 uur)

1. Opening
2. Notulen vergadering 20 april 2007 (zie PulmoScript nr 2 -2007 pag. 7 e.v.)
3. Mededelingen vanuit het Bestuur
4. Mededelingen vanuit de Commissie Beroepsbelangen  
Vanuit de Projectgroep DBC's zal een update geven worden van recente ontwikkelingen.
5. Mededelingen vanuit het Concilium
6. Aanpassing huishoudelijk reglement Commissie Visitatie Longziekten (zie PulmoScript nr 3 -2007 pag. 27)
7. Mededelingen vanuit de Nederlandse Longstichting
8. Begroting lustrumcommissie
9. Jaarverslag 2006
10. Verkiezingen:
  - b. **Concilium**  
De maximale zittingstermijn van dr. F.W.J.M. Smeenk is verstreken, hij zal nog een half jaar als lid van de commissie aanblijven.
  - c. **Commissie Beroepsbelangen**  
Drs. M.J. Möllers treedt af. De Commissie Beroepsbelangen zal worden uitgebreid met dr. E.A. van de Graaf. Tegenkandidaten kunnen tot een week voor de vergadering worden aangemeld bij het secretariaat.
11. Voorstellen kandidaat-leden (zie pag. 60 )
12. Wat verder ter tafel komt en rondvraag
13. Sluiting

let op: locatie Hallencomplex- 1e etage

U bent bereikbaar via telefoonnummer  
030 - 2955911

### *Wetenschappelijk programma*

- 09.00 uur      *Ontvangst*
- 09.30 uur      A.W.J. Bossink, Diaconessenhuis, Utrecht  
**Elispot response bij M. Kansasii infecties**
- 10.00 uur      M.J. Boeree, Universitair Longcentrum Dekkerswald  
**Kliniek van atypische mycobacteriosen**
- 10.30 uur      *Pauze (bezoek aan expositie)*
- 11.00 uur      F. Gopie, Medisch Spectrum Twente, Enschede  
**Granulomen: niet altijd sarcoidose of TBC**
- 11.30 uur      H.F.M. van der Heijden, UMC St. Radboud, Nijmegen  
**Landelijke standaardisatie PET-scan procedures**
- 12.00 uur      Uitreiking Novartis Pulmonologie Prijs 2006
- 12.15 uur      *Lunch (bezoek aan expositie)*
- 13.15 uur      Beleidsplan NVALT
- 15.00 uur      *Pauze (bezoek aan expositie)*
- 15.30 uur      Huishoudelijke vergadering
- 17.00 uur      Afsluiting met borrel en hapje



# DE KRACHT DIE JE HELPT STOPPEN.



**CHAMPIX** - een uniek, nicotinevrij middel dat de aangename effecten van roken vermindert en een volledige terugval kan helpen voorkomen <sup>1,2,3</sup>

**Verkorte productinformatie Champix** (mei 2007) **Samenstelling:** Champix 0,5 en 1 mg filmomhulde tabletten bevatten respectievelijk 0,5 en 1 mg varenicline (als tartraat) **Indicaties:** Champix is geïndiceerd voor het stoppen met roken bij volwassenen. **Farmacotherapeutische groep:** actieve bestanddelen gebruikt bij nicotineafhankelijkheid, ATC-code: N07BA03. **Dosering:** Dag 1 tot 3 van de behandeling: 0,5 mg éénmaal per dag; dag 4 tot en met 7: 0,5 mg tweemaal per dag; dag 8 tot einde behandeling: 1 mg tweemaal per dag. **Contra-indicaties:** overgevoeligheid voor het werkzame bestanddeel of voor een van de hulpstoffen. **Waarschuwingen en voorzorgen:** fysiologische veranderingen door het stoppen met roken, met of zonder behandeling met Champix, kan de farmacokinetiek of farmacodynamiek van een aantal geneesmiddelen veranderen. Hiervoor kan een aanpassing van de dosering nodig zijn (voorbeelden zijn theofylline, warfarine en insuline). Aangezien roken CYP1A2 induceert, kan stoppen met roken leiden tot een toename van de plasmaconcentraties van CYP1A2-substraten. Stoppen met roken, met of zonder farmacotherapie, wordt in verband gebracht met exacerbaties van een onderliggende psychiatrische ziekte (b.v. depressie). Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met een voorgeschiedenis van psychiatrische ziekte; zij dienen dienovereenkomstig te worden ingelicht. Er is geen klinische ervaring van Champix bij patiënten met epilepsie. Aan het einde van de behandeling werd het staken van Champix geassocieerd met een toename in geïrriteerbaarheid, neiging om te roken, depressie en/of slapeloosheid bij maximaal 3 % van de patiënten. De voorschrijver dient de patiënt hierover te informeren en de noodzaak voor het afbouwen van de dosis te bespreken of te overwegen. **Interacties:** Gebaseerd op de eigenschappen van varenicline en de klinische ervaringen tot nu toe, heeft Champix geen belangrijke geneesmiddeleninteracties. Er wordt geen dosisaanpassing aangeraden van Champix of de eventueel tegelijkertijd toegediende geneesmiddelen zoals die in de volledige productinformatie genoemd staan. **Bijwerkingen:** Stoppen met roken, met of zonder behandeling, gaat gepaard met onder meer dysfore of depressieve stemming, slapeloosheid, prikkelbaarheid, frustratie of woede, angst, concentratiemoeilijkheden, rusteloosheid, verlaagde hartslag, toegenomen eetlust of gewichtstoename. Er is geen poging ondernomen om in het ontwerp of de analyse van de onderzoeken naar Champix een onderscheid te maken tussen ongewenste voorvallen die te maken hebben met de behandeling met het onderzoeksgeneesmiddel of die mogelijk te maken hebben met nicotine-ontwenning. In het algemeen begonnen de ongewenste reacties in de eerste week van de behandeling. De ernst ervan was over het algemeen licht tot matig en er waren geen verschillen door leeftijd, ras of geslacht met betrekking tot het zich voordoen van de ongewenste reacties. Bij patiënten behandeld met 1 mg tweemaal per dag na een initiële titratieperiode was misselijkheid het meest gemelde ongewenste voorval (28,6%). Meestal deed de misselijkheid zich voor in het begin van de behandelingsperiode, was ze licht tot matig ernstig en leidde ze zelden tot de stopzetting van de behandeling. De waargenomen bijwerkingen zijn: zeer vaak ( $\geq 1/10$ ): abnormale dromen, insomnie, hoofdpijn, misselijkheid; vaak ( $\geq 1/100$  tot  $< 1/10$ ): toegenomen eetlust, somnolentie, duizeligheid, dysgeusie, braken, constipatie, diarree, maagzwellings, dyspepsie, flatulentie, droge mond, moeheid; soms ( $\geq 1/1.000$  tot  $< 1/100$ ): bronchitis, nasofaryngitis, sinusitis, schimmelinfectie, virusinfectie, anorexia, verminderde eetlust, polydipsie, paniekaanval, bradyfrenie, abnormaal denken, stemmingswisselingen, tremor, coördinatiestoornissen, dysartrie, hypertonie, rusteloosheid, dysforie, hypo-esthesie, hypogeusie, lethargie, toegenomen libido, verminderd libido, boezemfibrilleren, hartkloppingen, scotoom, sclerale verkleuring, oogpijn, mydriasis, fotofobie, myopie, verhoogde traanproductie, tinnitus, dyspnoe, hoesten, heesheid, faryngolaryngeale pijn, keelirritatie, congestie van de luchtwegen, congestie van de sinus, neusafscheiding, rinorroe, snurken, hematemese, hematochezie, gastritis, gastro-oesofageale refluxziekte, buikpijn, verandering in darmgedrag, abnormale feces, oprispingen, afteuze stomatitis, pijn aan het tandvlees, beslagen tong, algemene rash, erytheem, pruritus, acne, hyperhidrose, nachtzweeten, stijve gewrichten, spierspasmen, pijn in de borstwand, costochondritis, glycosurie, nycturie, polyurie, menorrhagie, vaginale afscheiding, seksuele dysfunctie, borstklachten, pijn op de borst, pyrexie, koudegevoel, asthenie, slaapritmestoornissen, malaise, cyste, verhoogde bloeddruk, depressie van het ST-segment op het elektrocardiogram, verlaagde T-golffluctuatie op het elektrocardiogram, verhoogde hartslag, abnormaal leverfunctieonderzoek, verlaging van het aantal bloedplaatjes, gewichtstoename, abnormaal sperma, verhoogd C-reactief eiwit, verlaagde bloedcalciumconcentratie. Er zijn post-marketing gevallen van myocardinfarct gerapporteerd bij patiënten die varenicline gebruikten. **Afleveringsstatus:** U.R. **Registratienummer:** EU/1/06/360/001-11. **Vergoeding en prijzen:** Champix is (nog) niet opgenomen in het GVS. Voor prijzen wordt verwezen naar de Z-Index tax. **Voor medische informatie over dit product belt u met 0800-MEDINFO (6334636).** De volledige productinformatie (SPC van 26 april 2007) is op aanvraag verkrijgbaar. **Registratiehouder:** Pfizer Limited, Ramsgate Road, Sandwich, Kent, CT13 9NJ, Verenigd Koninkrijk. **Neem voor correspondentie en inlichtingen contact op met de lokale vertegenwoordiger: Pfizer bv, Postbus 37, 2900 AA Capelle a/d IJssel.**

**Referenties:** 1. Coe JW, et al. Varenicline: an alpha4beta2 nicotinic receptor partial agonist for smoking cessation. J Med Chem. 2005;48(10):3474-7. 2. Gonzales D, et al. Varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA. 2006;296(1):47-55. 3. Jorenby DE, et al. Efficacy of varenicline, an alpha4beta2 nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs placebo or sustained-release bupropion for smoking cessation: a randomized controlled trial. JAMA. 2006;296(1):56-63.

**CHAMPIX**<sup>®</sup>  
varenicline tartrate  
**STOPKRACHT**





# Jaarverslag NVALT 2006

## Bestuur

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose was op 31 december 2006 als volgt samengesteld:

Dr. F.J.J. Van den Elshout, voorzitter  
 Dr. P.J. Wijkstra, vice-voorzitter  
 Dr. J.M. Rooyackers, secretaris  
 Dr. P. Bresser, wetenschappelijk secretaris  
 Dr. B.J.W. Venmans, penningmeester  
 Dr. H.B. Kwa (Concilium)  
 Dr. A. Rudolphus (Cie. Beroepsbelangen)  
 E.A.M. Mensen (Sectie Tuberculosebestrijding/Concilium)  
 P.M.B. van Tilburg (Sectie Assistenten)

## Wetenschappelijke vergaderingen

### 21 april 2006 te Utrecht

Op vrijdag 21 april werden de volgende voordrachten gehouden:

- -Richtlijn Latente Tuberculose door J.H. van Loenhout-Rooyackers, GGD, Nijmegen.  
-Thema sessie: Tuberculose diagnostiek anno 2006:
  - Technische aspecten gamma-interferon testen B. Mulder, microbioloog, Enschede. Klinische aspecten gamma-interferon testen S. Arend, internist-infectioloog, Leiden. Plaats van gamma-interferon testen anno 2006, Commissie Tuberculose NVALT
  - -Evaluatie van een hoestpoli, J.W.K. van den Berg, Isala klinieken, Zwolle
  - -Validatie van de Nederlandse vertaling van de Leicester Cough Questionnaire, een hoestspecifieke kwaliteit van leven vragenlijst, A. Huisman, Isala klinieken, Zwolle
  - -Rol van IgE bij astma : van pathogenese tot behandelingstarget, B.N.M. Lambrecht Erasmus mc, Rotterdam
  - -Het gebruik van marginale heart-beating donoren en non-heart-beating donoren voor longtransplantatie, M.E. Erasmus, cardiothoracaal chirurg, UMCG, Groningen
- Themasessie:  
 "Wetenschappelijk onderzoek in

Nederland":

- Zijn astma en COPD wel ontstekingsziekten? P.J. Sterk, LUMC, Leiden
- Huidige projecten , A.M. Slats, LUMC, Leiden T.S. Lapperre, LUMC, Leiden

### 06 oktober 2006

Op vrijdag 06 oktober werden de volgende voordrachten gehouden:

- Thema sessie: Respiratoire allergie
- Richtlijn Respiratoire Allergie, M.J.T. van de Ven, ZH Rijnstate, Arnhem
  - Allergische rhinitis, R. Gerth van Wijk, Erasmus MC, Rotterdam
  - Wisselwerking tussen neus en luchtwegen, G.J. Braunstahl, Erasmus MC, Rotterdam
  - Valkuilen in de diagnostiek van allergie, J.S. van der Zee, AMC, Amsterdam
  - Het trachea carcinoom in Nederland: incidentie en behandeling, H.A.M. Marres, KNO arts, Nijmegen
  - Endobronchiale behandeling van het carcinoïd, H. Brokx, T.G. Sutedia, VUmc, Amsterdam
  - PDA gebruik door de longarts in Nederland, C.V. Kluge

PRO-CON DISCUSSIE: Enkelzijdige longtransplantatie is therapie van eerste keuze, tenzij ...

- Introductie G.N. Verleden, UZ Gasthuisberg, Leuven, moderator.
- Pro E.A.M. Verschuuren, UMCG, Groningen.
- Con D.A. van Kessel, Antonius ziekenhuis, Nieuwegein,
- Longtransplantatie in Leuven anno 2006, G.N. Verleden

## Bestuur

(H.J. Pennings)

In 2006 vergaderde het Bestuur 11 maal. Er vond een visionaire dag plaats te Utrecht d.d. 31 mei 2006 met als onderwerpen de inrichting van de stichting NVALT-studies, de regulering van de

opleidingsplaatsen, noodzaak tot toenemende professionalisering van NVALT. b.v. behartiging van ledenbelangen, SWOT-analyse aangaande de positie van NVALT, positie van de NVALT binnen de FERS, de positie en betrokkenheid van de Sectie assistenten bij de NVALT alsmede de financiering van het kwaliteitsbeleid. Een groot deel van de visionaire dag werd besteed aangaande de problematiek omtrent het inrichten van een adequate DBC-belangen behartigingstructuur voor longartsen. Als externe adviseurs fungeerden hierin W. van Leuven en W. Raterink.

Ledenvergaderingen vonden plaats op 21 april en 6 oktober. Gezien de geconstateerde DBC-problematiek en het voorstel tot oprichting van een Projectgroep DBC Longgeneeskunde Nederland vond er een bijzondere ledenvergadering plaats op 29 juni te Utrecht. Aangezien het vereiste quorum niet gehaald werd vond er een tweede bijzondere ledenvergadering plaats op 20 juli 2006 ten kantore van de NVALT te 's Hertogenbosch.

In 2006 vonden de volgende wijzigingen in de samenstelling plaats:

Prof.dr. J-W.J. Lammers trad in april af als vice- voorzitter. Hij werd opgevolgd door dr. P.J. Wijkstra.

R.S. Djamin trad in april af als lid van het bestuur namens de Cie. Beroepsbelangen. Hij werd opgevolgd door Dr. A. Rudolphus.

Prof. Dr . H.A.M. Kerstjens trad af als lid van het bestuur namens het Concilium, hij wordt opgevolgd door Dr. H.B.A. Kwa

**Contactvergaderingen:** contactvergaderingen vonden plaats met de Sectie School voor Longziekten( 6 februari), KNCV (15 mei), Commissie accreditatie (20 november) en met de Lustrum Commissie (18 december). Het Bestuur continueert de opzet dat de leden van het Dagelijks Bestuur als contactpersoon voor een vast aantal commissies en werkgroepen fungeren. Op die manier hoopt zij de continuïteit van het contact te verbeteren.

*Ledenvergaderingen:* helaas kent het deelnemersaantal aan de Wetenschappelijke en Huishoudelijke vergadering nog steeds een dalende trend, dit ondanks de invoering van thematische besprekingen, veelal met multidisciplinaire inbreng en het invoeren van posterpresentaties uit eigen geledingen. Het Bestuur acht het nog te vroeg om tot een aanpassing van de nieuwe structuur van de vergaderingen over te gaan en wil in de loop van 2008 bezien of de aangebrachte wijzigingen het gewenste effect sorteren. Ook het bezoek van de bijzondere ledenvergaderingen blijkt beperkt.

*Richtlijnen.* In 2006 werden opnieuw een aantal richtlijnen ontwikkeld. Tijdens de Ledenvergadering op 21 april werd de richtlijn "Behandeling latente tuberculose -infectie" geacordeerd. De richtlijn "Respiratoire allergie" werd geacordeerd tijdens de ledenvergadering van 6 oktober.

*Deelname aan GAIA:* In januari wordt besloten vanuit de NVALT te participeren in het GAIA (Gemeenschappelijke Accreditatie Internet Applicatie). De bedoeling is dat hiermee enerzijds centraal het accreditatie aanvraagtraject eenvoudiger wordt en leidt tot snellere afhandeling van accreditatie aanvragen. Daarnaast wordt er hiermee een digitaal nascholingsdossier aan de individuele artsen aangeboden, waarbij op termijn het zelf verzamelen van accreditatiecertificaten overbodig zou kunnen worden.

*Secties, commissies en werkgroepen:* De Projectgroep "Dure Geneesmiddelen" wordt, als onderdeel van de CBB, in april ingesteld in nauw overleg met de Raad voor Wetenschapsbeleid. Doel van deze projectgroep is te inventariseren wat er aan nieuwe, innovatieve medicatie voor patiënten met longaandoeningen op de markt komt en bij te dragen aan een snelle registratie. Projectgroep-leider is collega Van 't Hullenaar., die zal optreden als centrale contactpersoon. Samen met deskundigen uit het werkveld zal hij advies voorbereiden betreffende de registratie en vergoeding van geneesmiddelen, waarvan de beroepsgroep vindt dat deze in de lijst van dure geneesmiddelen moeten worden opgenomen

*De Commissie AntiRookbeleid* heeft vooralsnog haar status als commissie

gehandhaafd. Aandachtspunt blijft het kennisniveau aangaande tabaksverslaving onder de Nederlandse longartsen verder te verbeteren, daarbij worden ondermeer mogelijkheden als E-learning onderzocht.

*NVALTstudie structuur.* Het NVALT-bestuur heeft zich gebogen over een nieuwe structuur om studies onder de vlag van de NVALT mogelijk te maken, zonder dat zij interfereren met de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de NVALT. In overleg met juridisch en fiscaal deskundigen werden de mogelijkheden verkend voor de voor de oprichting van een tweetal stichtingen, te weten de Stichting NVALT Studies en de Stichting Beheer Dergengelden NVALT-studies. Gezien de complexiteit van deze problematiek blijken meerdere consultatie-rondes met juristen noodzakelijk en wordt afronding verwacht in 2007.

*Instellen projectgroep DBC-Longgeneeskunde Nederland.* Vanuit de commissie Beroepsbelangen wordt aangegeven dat de problematiek rondom de invoering van DBC's zeer veel tijd en energie vraagt van de betrokken longartsen en er een toenemende behoefte bestaat aan ondersteuning door externe deskundigen. Deze problematiek werd reeds gemeld in de ledenvergadering van april en nader besproken tijdens de visionaire dag van het Bestuur. Alom heerst de stellige overtuiging dat bij ongewijzigd beleid de kans groot is dat de longziekten kansen laat liggen. Op de bijzondere ledenvergadering van 29 juni 2006 wordt het voorstel ingebracht om gelden vanuit de vereniging vrij te maken om een professioneel DBC-projectteam hiervoor in het leven te roepen. Aangezien het benodigde quorum niet gehaald wordt op de eerste vergadering, kan pas officieel op de tweede bijzondere vergadering van 29 juni besloten worden tot het vrijmaken van gelden voor deze DBC-Projectgroep. In eerste instantie zullen de kosten gedekt worden vanuit de reserves van de vereniging; afhankelijk van de kosten kan een verhoging van de lidmaatschapsgelden aan de orde komen. Op 30 oktober wordt vanuit het Bestuur een Opdrachtverstrekkings verstrekt aan de Projectgroep DBC Longgeneeskunde Nederland. De opdracht houdt in dat het projectteam een aanzienlijke verbetering in de DBC-systematiek zal bewerkstelligen, contacten met de koepel-

veldpartijen onderhoudt en leden ondersteunt bij vragen omtrent DBC's. Er zal voor 2006 een forse inhaalslag gepleegd dienen te worden waarvoor extra budget vrijgemaakt is, daarna zal het accent met name liggen op goed onderhoud van de DBC-sytematiek. De projectgroep bestaat uit de collegae Djamin, Grotjohan, Mannes, Liesker en Wielders; als externe deskundigen zijn aangezocht dhr. Dreviers(externe DBC-ondersteuning), Dhr. Ratering (Financien) en Dhr. Van Leuven (Bestuurlijk advies en ondersteuning). De voortgangresultaten van de projectgroep worden twee-maandelijks met het Bestuur besproken.

*Overheid:* Vanuit het bestuur is gesproken met een delegatie vanuit het CVZ (College voor Zorgverzekeringen). Vanuit CVZ werd de NVALT verzocht een lijst van knelpunten op te stellen, betreffende niet medicamenteuze zorg die (nog) niet vergoed wordt binnen het basiszorgpakket. Afsproken werd dat de NVALT dit binnen haar werkgroepen zal inventariseren en in 2007 een rapportage hierover zal aanleveren aan het CVZ.

*Opleiding:* Per 1 juli 2007 zal het Centraal Orgaan Beroepen in de Gezondheidszorg (CBOG) worden geïnstalleerd. Onder het CBOG valt het Capaciteits Orgaan dat de instroom van AIOS vaststelt, waarna verdeling van de AIOS over de Opleiding- en OnderwijsRegio's geregeld wordt door de wetenschappelijke verenigingen. Binnen de NVALT geschiedt dit door de door de Commissie Regulering Onderwijsplaatsen Longziekten (CROL). De centrale rol die er van overheidswege toegekend wordt aan de OOR's als structuur voor de verdeling van de opleidingsplaatsen is binnen de longziekten moeilijk in te plannen gezien de scheve verhouding tussen academische ziekenhuizen (8) en perifere opleidingsklinieken (14). De commissie CROL heeft zich gebogen over de toewijzing van opleidingsplaatsen in oa. Zwolle, Heerlen en Breda.

*Commissie Cursorisch onderwijs* Aanpassing van het Huishoudelijk reglement werd geacordeerd tijdens de ledenvergadering van 6 oktober. Zoals bekend worden de cursussen substantieel financieel ondersteund vanuit de NVALT.

*Commissie Bronkhorst colloquium:* Het Bronkhorst Colloquium mocht zich ook

dit jaar weer in toenemende aandacht verheugen.

*Commissie Richtlijnen:* aanpassing van het huishoudelijk reglement van de commissie werd geaccordeerd in de ledenvergadering van 6 oktober.

*De Longartsenweek* (inmiddels de derde) werd gehouden van 2 tot 5 april 2006 in congrescentrum 'Papendal' met als onderwerp "Acute Longgeneeskunde en beademing". Inmiddels is deze werkweek een begrip geworden en mag zij zich verheugen in een grote belangstelling van de leden.

*De werkgroep longrevalidatie* is gevraagd heeft haar naam te wijzigen in de werkgroep COPD, dit gezien de grote overlap in pathofysiologische mechanismen en de aandachtsgebieden. Gezien de complexiteit van dit ziektebeeld lijkt onderbrenging in een werkgroep geïndiceerd. De Werkgroep longrevalidatie zal zich over dit voortstel buigen.

*De Werkgroep OSAS* heeft zich in 2006 intensief beziggehouden met de nieuwe richtlijn OSAS. Ook werden voorbereidingen getroffen voor het houden van een Nederlandse cursus op het gebied van slaapgebonden ademhalingsstoornissen.

*De Werkgroep Longfunctie* organiseerde voor het eerst in 2006 een zeer geslaagde cursus "ergometrie voor de Longarts".

#### *Kwaliteitsbeleid:*

*Overheid:* Vanuit de overheid zijn de subsidies voor het ontwikkelen van richtlijnen en visitaties gestopt. Dit betekent dat het ontwikkelen van richtlijnen wel doorgaat, maar nu door de wetenschappelijke verenigingen bekostigd dient te worden. Inmiddels zijn bewegingen gaande om vanuit de DBC systematiek toch middelen voor het kwaliteitsbeleid te genereren. De inrichting van een structuur hiertoe zal in 2007 onderwerp van gesprek zijn binnen overheid, zorgverzekeraars alsmede de Orde van Medisch Specialisten.

*Commissie Visitatie Longziekten:* In de loop van 2006 is gestart met een nieuwe opzet van de kwaliteitsvisitaties. Dit nieuwe model is gepresenteerd en geaccordeerd tijdens de ledenvergadering van april. De eerste indrukken hierover zijn positief, zowel vanuit de geïnterviewde

maatschappen als vanuit de commissie.

*Secretariaat.* Het secretariaat is sedert de aanstelling van Wilma van Gemert op volle sterkte. De diverse secretariaatsleden bieden ondersteuning aan Bestuur en de diverse Commissies en werkgroepen binnen de vereniging. Zoals altijd kunnen deze groepen terugvallen op de zeer gedreven en professionele ondersteuning vanuit het secretariaat.

*Website.* Sedert de aanstelling van Wilma van Gemert als web-master is de NVALT-website verder uitgebouwd. De bedoeling is het serviceniveau verder te verhogen ondermeer via web-based ondersteuning van DBC-vragen, beter in te spelen op de actualiteit en te komen tot een discussieforum voor leden. De bezoekersaantallen laten zien dat een groot aantal leden al de weg naar de site weet te vinden, maar dat er nog ruimte voor verbetering is. Zeker de inzet als discussieforum komt nog onvoldoende uit de verf. Het aantal tijdschriften dat elektronisch in te zien is neemt gestaag toe.

*Lustrumcommissie:* de Lustrumcommissie, die de activiteiten rondom het eeuwfeest van de NVALT coördineert, gonst van de activiteiten en belooft een spetterend eeuwfeest. Inmiddels is als locatie de naam van Maastricht bekend geworden. De lustrumcommissie bestaat uit de dames M. Hochstenbag, C. van Hussen en T. de Jong en de heren M. Boeree, W. Hanselaar, J. Hiltermann, P. Janssen, onder voorzitterschap van A. Vonk Noordegraaf.

*Eeuwboek:* Het eeuwboek wordt verder vormgegeven onder leiding van Mevrouw A. Juch en collega Berkovits. Prof. E. Houwaart is benaderd voor de verdere ondersteuning, waarbij collega Rooyackers vanuit het bestuur als contactpersoon fungeert. Er is sprake van een gestage voortgang, waarbij het soms veel inspanning kost de benodigde gegevens te verzamelen

*Financiën.* De kascommissie voor 2006 werd gevormd door collega's Aleva en van Belle, zij hebben de jaarrekening 2005 na controle akkoord bevonden. De kascommissie voor 2006 bestaat uit Mevrouw R. van Snippenburg en de Heer J. Prins.

*sBLA.* In 2006 vond een bestuurswisseling

plaats. Het nieuwe bestuur bestaat uit collegae J. van den Aardweg, H. Grotjohan en H. van Helmond. De raad van toezicht van de sBLA wordt voorgezeten door collegae A. Rudolphus en Y. Heydra.

*Nederlandse Longstichting (NLS):* In 2005 werd mede op initiatief van de NVALT en NLS het Platform Longen opgericht. Er werden de volgende aandachtsgebieden benoemd: onderzoek: een inventarisatie van het wetenschappelijk onderzoek in Nederland op het gebied van astma, COPD en weeslongziekten werd verricht door de TU Twente. Vanuit de NVALT werd besloten de NLS aanvullend financieel te ondersteunen, ondermeer voor het produceren van het boekje "Facts and Figures" aangaande longziekten in Nederland (naar analogie van het Lung White Book). Tevens is men binnen het "Project Ideal" bezig met het vervaardigen van (nationale) voorlichtingsbrochures aangaande longfunctie-onderzoek, bronchoscopie, thoracoscopie, bronchoalveolair lavage en pleurapuncties. Bedoeling is deze brochures om de 4-5 jaar te updaten. In het kader van "Longen, Arbeid en Milieu" werd er op 22 juni het congres "Fijnstof en Longen" georganiseerd. Door de ziekte van Dhr. Welschen werd het voorzitterschap van de NLS overgenomen door collega Klein.

*Forum ERS.* Er bestaat de tendens om steeds meer op Europees niveau af te stemmen, zodat door de NVALT een steeds actievere rol vervuld zal moeten worden, willen wij als vereniging op Europees niveau voldoende vertegenwoordigd te blijven. Collega Aalbers is nationale vertegenwoordiger van de NVALT binnen de ERS.

Een van de activiteiten binnen de FERS betreft het ontwikkelen van Europese Richtlijnen, die op nationaal niveau moeten worden aangepast. Tijdens de ERS vergadering in Munchen zijn hier vervolgspraken voor gemaakt. Tevens wordt er gewerkt aan een update van het "Lung white Book", te verschijnen in 2008. Er wordt gestreefd naar één Europees Accreditatie-orgaan voor het aanvragen van accreditatie ten aanzien van onderwijs en nascholing.

Binnen HERMES is een kernsyllabus ontwikkeld, welke gebruikt zal gaan worden voor de beschrijving van kerncompetenties van de longarts. Dit brengt de harmonisatie van de Europese Longartsopleidingen naderbij.



SYMPTOM CONTROL AND CONVENIENCE<sup>1-8</sup>

# IN EVERY BREATH

- *Eenmaal daags*<sup>1-4,6-8</sup>
- *Incidentie orale candidiasis  
vergelijkbaar met placebo*<sup>1-4</sup>
- *Geen cortisolsuppressie tot  
8x aanvangsdosering*<sup>1,2,9-12</sup>
- *Effectieve astmabehandeling*<sup>1-8</sup>

 **Alvesco**<sup>®</sup> EENMAAL DAAGS  
ciclesonide

THE ICS TO **START** WITH AND **STAY** WITH

**NYCOMED**



FP-7 programma Europese Unie: Ondanks de aanbeveling van het Europees parlement heeft de Europese Commissie de aanbeveling om Longziekten op te nemen in het FP-7 programma van de Europese Unie niet overgenomen.

Binnen de organisatie van Europese Medisch Specialisten (de UEMS) werd met ingang van april collega Rabe opgevolgd door collega Smeenk.

Vertegenwoordiging/benoemingen: collega M. Drent is benoemd tot bijzonder hoogleraar met de speciale leeropdracht Sarcoidose. Collega T. van der Werf is benoemd tot bijzonder hoogleraar op het gebied van de Infectieziekten. Egbert Smit, Jules van den Bosch.

Overleden. Mw. Bakker uit Donkerbroek, emeritus Prof. Orie uit Groningen, dhr. Spanjaard uit Wassenaar.

### Sectie school voor longziekten

De sectie SvL bestond in het jaar 2006 uit

J Klein opgevolgd door JW Lammers - voorzitter

W de lange - secretaris

H.Hoogsteden

B.Kwa

P.Brocken

P.Bresser

H.Heijerman

M.v.Eerden

In februari 2006 heeft de sectie SvL een contactvergadering met het hoofdbestuur NVALT gehad.

De doelstellingen van de Sectie SvL werden besproken in het kader van stimuleren, reguleren en uitbouwen onderwijs voor de longartsen in Nederland. Zowel in Nederlands als Europees verband in relatie tot de ERS. Het gebruik van door de ERS ontwikkelde onderwijs materialen en het participeren in de ontwikkeling van onderwijs materialen in ERS verband worden als belangrijk onderwerp voor de toekomst gezien. De sectie zal eea proberen te stroomlijnen.

Kwaliteitseisen voor onderwijs welk ondersteund en onder auspiciën van de NVALT/sectie SvL gegeven wordt zullen geformuleerd gaan worden.

E-learning heeft de aandacht maar is vooral in ontwikkeling en nog niet uitgekristalliseerd.

In april werd vanuit de sectie SvL de

derde "longartsenweek" georganiseerd met het thema: "Acute longgeneeskunde en beademing".

Met meer dan 280 deelnemers en een sterk positieve evaluatie door de deelnemers mag wederom van een succes gesproken worden en heeft deze activiteit zich inmiddels een vaste plaats binnen het onderwijs en nascholingsgebeuren voor longartsen in Nederland verworven. De ondersteuning van de organisatie door het secretariaat van de NVALT wordt van grote waarde geacht. De sectie is het secretariaat hiervoor wederom zeer erkentelijk.

In 2006 werd samen met de Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde de basis gelegd voor gezamenlijke nascholing. Deze zal in 2007 zijn uitvoering gaan krijgen.

In juni 2006 vond een telefonische vergadering van de sectie SvL plaats.

In oktober 2006 heeft de sectie SvL een visionaire middag gehouden. De afgelopen jaren werden geëvalueerd waarna de onderwerpen als afstemming met commissie Bronckhorst Colloquium, onderwijsvormen, efficiënt gebruik beschikbare kennis en onderwijsmodules, regionaal en landelijk onderwijs en toetsing en accreditatie van onderwijs werden besproken.

W de Lange

Secretaris sectie school voor longziekten NVALT.

### Sectie assistenten

De sectie assistenten bestond in het jaar 2006 uit

Peter van Tilburg

Monique Klaaver

Menno van der Eerden

Martijn Goosens

Idris Bahce

Pepijn Brocken

Maarten Jansen

Wessel Hanselaar

voorzitter

secretaris

penningmeester,

CCO, assistenten-

weekend en NSL

lid, CCO

lid, CROL

lid, concilium

en NSL

lid, CROL en

concilium

lid, LVAG,

Bronckhorst,

assistentenweek-

end en lustrumcie

Afscheid:

Monique Reijers, Gert-Jan Braunstahl.

Remge Pieterman heeft in 2007 afscheid genomen.

Vergaderingen:

Er werd een ALV (algemene ledenvergadering) belegd tijdens het assistentenweekend in juni. Na afloop van het NVALT cursorisch onderwijs -oncologie dag 2- werd nogmaals een korte ALV belegd, alwaar een voorstel voor een bestuurswisseling aan de leden werd voorgesteld en geaccordeerd.

Verder vond tweemaal een vergadering plaats in Utrecht en werd er twee keer telefonisch vergaderd.

Doelstellingen:

Een aandachtspunt is het portfolio. Nog te veel klinieken werken zonder een deugdelijk portfoliosysteem, waardoor veel artsen bij het aanvragen van hun C-formulier een achterstand in hun opleidingsregistratie hebben. Wij hebben ons als bestuur dan ook ten doel gesteld hiervan een digitale versie via de website van NVALT ter beschikking te stellen.

Ook de invulling van de nieuwe arbeidstijdenwet en registratie behoeft aandacht. Momenteel zijn wij bezig met een voorstel voor een dienstrooster dat voldoet aan de nieuwe eisen en dat ook in de toekomst juridisch toetsbaar blijft. Hoewel wij ons bewust zijn van het feit dat men via juristen van 'De Jonge Orde' het eigen rooster kosteloos (indien men lid hiervan is) kan laten toetsen, zijn wij van mening dat het een van de kerntaken van de sectie assistenten is hierover een mening te vormen.

Het cursorisch onderwijs is en blijft gelukkig zeer aan veranderingen onderhevig. Naar onze mening is dit een goed teken, daar niet alles binnen ons vakgebied zo goed afgebakend is als 'de criteria van Light'. Er lijkt een tendens waarneembaar dat steeds meer aios gebruik maken van de NVALT website. Op initiatief van het bestuur werd begin dit jaar nog een individuele mailing (naast die van het secretariaat van NVALT) naar de deelnemers van een onderwijsdag verstuurd, waarbij men werd herinnerd te kijken naar de website om informatie met betrekking tot het onderwijs op te zoeken. Dit is goed ontvangen en leidde tot positieve reacties.

Aioscope, werd voor het eerst in Pulmoscript gepubliceerd als column. Dit

is een initiatief van de sectie assistenten, waarbij iedere willekeurige longarts in opleiding de mogelijkheid heeft zijn/haar bijdrage te leveren. Middels een vaste rubriek heeft de aios de mogelijkheid een bepaald onderwerp onder de aandacht te brengen, dan wel bepaalde vakinhoudelijke ervaringen aan het papier toe te vertrouwen. Behalve de mogelijkheid die deze column biedt aan de individuele auteurs, beoogt het bestuur van de sectie assistenten hiermee zich meer te profileren naar de leden van NVALT.

Een brief ging uit naar het dagelijks bestuur van NVALT namens de sectie assistenten over het beoogde curriculum van de opleiding tot SEH arts. Hierin werd uiteengezet op welke punten de longartsen in opleiding dachten dat dit curriculum interfereerde met de eigen opleidingseisen en verantwoordelijkheden. Een kopie hiervan kan worden opgevraagd via het secretariaat NVALT.

In navolging van het dagelijks bestuur is een jaarlijkse visionaire dag gepland. Dit biedt, naast de vergaderingen, ruimte verder na te denken en standpunten te formuleren over terugkerende onderwerpen die de aios direkt aangaan. Voorbeelden hiervan, welke op de agenda staan zijn ondermeer de common trunk en de opleiding in het algemeen, het portfolio en het dienstrooster.

Algemene doelstelling van de sectie assistenten blijft de vertegenwoordiging in commissies en werkgroepen.

#### Financieel:

De sectie assistenten is financieel gezond en heeft een sluitend boekjaar gehad. Aan inkomsten waren er de bijdrage van de sponsoren voor het wetenschappelijk deel van het assistentenweekend en de eigen bijdrage van de leden in de vorm van het inschrijfgeld voor datzelfde weekend. Er was dit jaar geen bijdrage noodzakelijk van het NVALT hoofdbestuur.

#### Sociaal:

In het weekend van 3 en 4 juni vond het assistentenweekend plaats in Beekbergen, alwaar voor de elfde keer alweer aios en hun eventueel meegewonnen partner op zaterdagochtend werden ontvangen. Na afloop van de wetenschappelijke vergadering werd het programma verzorgd door de voorzitter van LAD (Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband) en volgde een presentatie met de titel

"Inspanningsastma, Topsport & Doping" door Mevr. dr. S.E. Overbeek. Het leeuwendeel van de aanwezigen maakte gebruik van de mogelijkheid, op eigen kosten tegen een gereduceerd tarief, te overnachten. De animo voor een jaarlijks weekend met zowel een wetenschappelijk, als sociaal programma blijft gelukkig goed. Zorgde de stringente CGR in 2006 voor een moeizaam onderhandelingstraject, inmiddels staat onze oude hoofdsponsor weer garant voor een fraai programma. Reden temeer op 2 juni 2007 voor de twaalfde keer het weekend te organiseren.

P.M.B. van Tilburg  
Voorzitter sectie assistenten

#### Commissie Anti-Rookbeleid (CAR)

Samenstelling per 31 december 2006:

P.I. van Spiegel	voorzitter
P. Eppinga	secretaris
Dr. P.M. de Jong	
E. Lammers	
T. Macken	
Dr. G. Wesseling	

De Commissie Anti-Rookbeleid kwam in het jaar 2006 driemaal plenair bijeen.

De samenstelling veranderde in het afgelopen jaar niet.

De CAR is nu nog een commissie binnen de NVALT. In 2005 bleek dat de zittingsperiode van P.I. van Spiegel voor de CAR is verstreken. Het ligt in de bedoeling om de CAR om te vormen tot een werkgroep, waarmee het meer eenvoudig is de bestuursstructuur aan te passen en tevens langdurig gebruik te kunnen blijven maken van de kennis en kunde van longartsen op het gebied van de tabaksverslaving. Dit zal gerealiseerd worden in het jaar 2007.

Mw. F. van Bladeren, en mw. I. Stevens, beiden vertegenwoordiger van STIVORO, namen ook in 2006 deel aan activiteiten van de CAR. Dhr. G. Peeters, longverpleegkundige, nam als vertegenwoordiger van de Nederlandse Vereniging van Longverpleegkundigen deel aan de vergaderingen van de CAR. Zo is de CAR een breed samengestelde multidisciplinaire werkgroep.

Een belangrijk onderwerp tijdens de vergaderingen van de CAR is geweest het streven naar een verbetering van het

niveau van kennis en kunde onder de Nederlandse longartsen op het gebied van de tabaksverslaving. In samenwerking met STIVORO wordt daarbij gezocht naar de mogelijkheden van zogenaamd e-learning. Hiermee is niet alleen educatie maar ook accreditatie mogelijk. Op deze wijze lijkt het mogelijk de CBO-richtlijn Tabaksverslaving op een nog meer verantwoorde wijze in de praktijk te brengen.

Het is de CAR nog niet gelukt om de inhoud voor de DBC stoppen met roken verder inhoud te geven. Ondanks de toegenomen belangstelling voor rookstopinterventie in de maatschappij is de belangstelling van de verschillende zorgverzekeraars niet groot op dit gebied.

Collega N.J.J. Schlösser hield tijdens een vergadering van de CAR een voordracht waarin hij de activiteiten van de polikliniek stoppen met roken van het Centraal Militair Hospitaal naar voren bracht. In deze populatie van bijzondere samenstelling, in vergelijking met andere algemene ziekenhuizen, worden hogere stoppercentages bereikt dan gemiddeld.

De CAR overweegt een notitie te schrijven over de mogelijkheden en onmogelijkheden om patiënten met longkanker te laten stoppen met roken. Deze notitie zal vervolgens ter discussie allereerst gepubliceerd worden in Pulmoscript.

#### Commissie Beroepsbelangen (CBB)

Samenstelling per 31 december 2006:

Remco Djamin	opgevolgd door Arjan Rudolphus als voorzitter
Hans Grotjohan,	secretaris
Marius Mollers	
Nico 't Hullenaar	
Hans van Helmond	(juridische zaken)
Ernst Lammers	(ketenzorg COPD).

Afscheid, Henk Otten en Remco Djamin

DE CBB heeft zich in 2006 opnieuw intensief bezig gehouden met de DBC problematiek. De DBC-problematiek wordt behartigd door de Remco Djamin en Marius Mollers. Omdat de voortgang en de begeleiding van de invoering van de DBC ons langzaam boven het hoofd gingen groeien is externe, betaalde ondersteuning binnengehaald. Dit wordt gefinancierd door de vereniging en de ingestelde projectgroep rapporteert via de CBB aan het bestuur en daar waar nodig rechtstreeks.

Naast de DBC heeft de CBB zich bezig gehouden met dure geneesmiddelen en de daarbij behorende vergoedingsproblematiek (Nico 't Hullenaar). Ook is veel aandacht besteed aan de ontwikkeling van de ketenzorg COPD en de daarbij behorende financiering voor 1e en 2e lijn (collega Ernst Lammers). Er is door een aparte projectgroep onder voorzitterschap van Frans Krouwels een start gemaakt met het opzetten van de complicatieregistratie. Hans van Helmond gaat onze juridische zaken behartigen en vertegenwoordigt de CBB in het Platform Medisch specialist en recht.

Henk Otten vertegenwoordigde de Academische Ziekenhuizen. In 2006 was nog geen opvolger voor hem gevonden.

Er werd in 2006 5 keer plenair vergaderd in Hoog Brabant te Utrecht.

Arjan Rudolphus  
Voorzitter CBB

### Commissie Bronkhorst Colloquium (CBC)

Samenstelling per 31 december 2006:

Dr. H.C. Hoogsteden Voorzitter  
P. Bresser Wetenschappelijk secretaris

Dr. H.J.M. Groen  
W.E.J.J. Hanselaar  
J.A. van Noord  
W.C.J. van Veldhuizen  
F.A. Wilschut

Het Bronkhorst Colloquium "Longaandoeningen door beroep, hobby en omgeving" gehouden te Veldhoven op 23, 24 en 25 november 2006 en te Blankenberge op 1, 2 en 3 februari 2006 kende een goede inschrijving en was een groot succes. Bronkhorst Colloquia zijn ook open voor arts-assistenten in opleiding tot longarts. Wij bemerken in toenemende mate dat deze groep collegae aanwezig is op de Bronkhorst Colloquia en dat is natuurlijk zeer verheugend. Het afgelopen colloquium was het 26e colloquium. Vanwege het feit dat er heden ten dage een groot cursusaanbod is werd de afgelopen drie jaar een afname gezien van het aantal deelnemers. Sinds kort constateren we dat er weer een toenemende belangstelling is voor de Bronkhorst Colloquia. De diepgang en de unieke samenwerking met

onze Belgische collega's geven ook altijd een goede sfeer.

De cursusklepper was ook dit jaar weer zeer goed verzorgd en we zullen dus op veler verzoek doorgaan met de combinatie van een klapper met verplichte literatuur en een cd-rom met daarop toegevoegde niet verplichte literatuur. Hoewel het aanvankelijk de bedoeling was om het laatste colloquium te beperken tot astma zijn we in overleg met onze Belgische collega's er in geslaagd om het wat breder te trekken en ook zaken als keuringen en beroepsastma etc. als onderwerpen op het colloquium mede te behandelen. Zowel de plenaire voordrachten als de lezingen zijn zeer goed ontvangen.

Het volgende colloquium 2007/2008 zal wederom gehouden worden in de Koningshof te Veldhoven op 22, 23 en 24 november 2007 en te Blankenberge in België op 21, 22 en 23 februari 2008. Het onderwerp van het volgende colloquium is "Interstitiële Longaandoeningen". Ook bij dit colloquium zullen we weer starten op donderdagavond met een klinisch pathologische conferentie en daarnaast een viertal plenaire lezingen waaronder de pathogenese van ILD en eindstadium fibrose, de radiologische diagnostiek van ILD, de follow up van ILD na het stellen van de diagnose en nieuwe therapeutische behandelingsmogelijkheden van ILD. Daarnaast zullen er weer diverse werkgroepen zijn die zich zullen bezighouden met diagnostiek en behandeling van interstitiële longpathologie. Ook dit jaar blijft de basisprijs voor het colloquium weer hetzelfde, maar zal wel weer een BTW van 19% worden doorberekend. De cursus zal worden geaccrediteerd via het nieuwe GAIA systeem. De bedoeling van dit systeem is dat u, wanneer alle cursussen worden ingevoerd, in de computer kunt zien welke nascholingen u allemaal hebt gevolgd en hoeveel accreditatiepunten u daarvoor hebt ontvangen. Daarvan zal het bestuur NVALT u verder op de hoogte houden.

Prof. Dr. H.C. Hoogsteden  
Voorzitter Commissie Bronkhorst Colloquia

### Commissie Cursorisch Onderwijs (CCO)

Samenstelling per 31-12-2005:

Prof. Dr. E.F. Smit Voorzitter  
Dr. J. G. van den Aardweg Secretaris

W. C.M. de Lange  
Dr. R.E. Jonkers  
Dr. P.W.A. van Hall.  
Dr. B. van der Bruggen  
M. van Eerden (vertegenwoordiger arts-assistenten)

In het verslagjaar is zijn er een aantal personele veranderingen opgetreden in de CCO:

Prof. Dr. K. Rabe is opgevolgd door Prof. Dr. E.F. Smit als voorzitter.

Dr. J. van den Aardweg heeft de rol van secretaris overgenomen van Dr. G.P. Mannes.

Dr. C.S. de Graaff is opgevolgd door B. van der Bruggen.

Dr. R.E. Jonkers en Dr. P.W.A. van Hall hebben de organisatie van de cursussen georganiseerd door resp. Dr. G.P. Mannes en Prof. Dr. K. Rabe op zich genomen. Namens het concilium heeft in de CCO plaats genomen F.J. Visser.

Dr. M. H.E. Reijers heeft de CCO als vertegenwoordiger van de assistenten verlaten.

De commissie vergaderde in 2005 3 keer.

### Cursussen

Door de Commissie Cursorisch Onderwijs worden de basiscursussen georganiseerd ten behoeve van de assistent-geneeskundigen in opleiding tot longarts. De cursussen zijn bestemd voor de assistenten die in hun derde en vierde jaar van hun opleiding zitten, dus in het eerste gedeelte van hun specifieke opleiding in de longgeneeskunde. In 2006 zijn alle 6 de basiscursussen georganiseerd: pathofysiologie van de ademhaling (3 dagen), oncologie (3 dagen), beeldvormende technieken (2 dagen), allergie/immunologie (2 dagen), infectieziekten (2 dagen), en tuberculose (2 dagen). De assistent-geneeskundigen zijn verplicht aan het eind van de opleiding alle cursussen te hebben gevolgd.

In het verslagjaar werden de volgende cursussen georganiseerd:

\*Tuberculose (20 januari, 3 februari, 9 en 23 juni)

Cursusleiding: W. de Lange.

Aan deze cursus wordt ook deelgenomen door sociaal geneeskundigen tuberculosebestrijding in opleiding.

\*Infectieziekten (13 en 27)

Cursusleiding: G.P.M. Mannes.

\*Allergie/Immunologie (10 en 24 maart)

Cursusleiding: Prof. dr. K.F. Rabe.

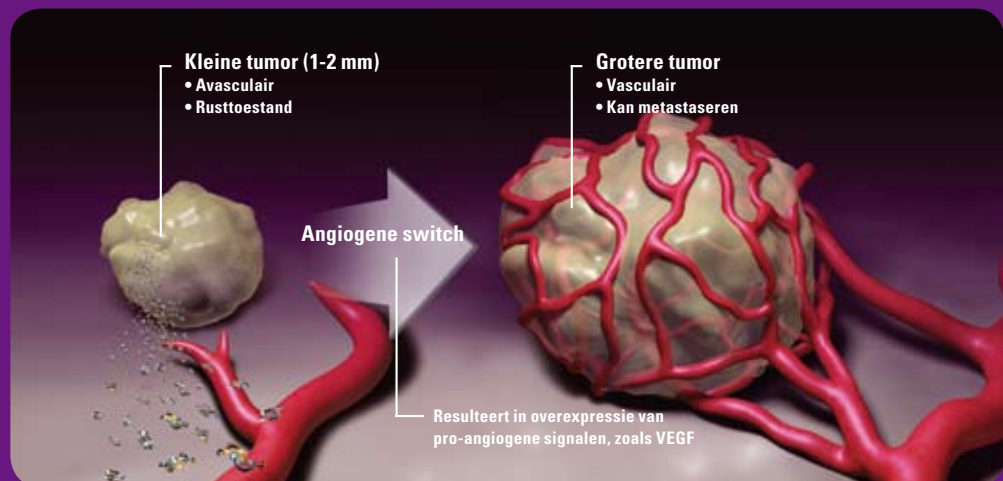
\*Oncologie (7 april, 12 mei en 17 november)

# Switch to Life Itself

## De rol van VEGF bij tumoren

- Maligne tumoren zijn afhankelijk van bloedtoevoer om te kunnen groeien<sup>1</sup>
- Angiogenese en vascularisatie bevorderen de groei en metastasering van de tumor<sup>3</sup>
- Angiogenese zet de groei van nieuwe bloedvaten in gang waarbij VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor) een cruciale rol speelt<sup>1,2</sup>
- Anti-VEGF bindt specifiek aan VEGF en blokkeert hierdoor de werking van VEGF<sup>1,2</sup>

1. Kerbel R, Folkman J. Nat Rev Cancer 2002;2:727-39. 2. Jain RK. Nat Med 2003;9:685-93. 3. Rosen LS. Cancer Control 2002;9(suppl):36-44.





Cursusleiding Prof Dr. E.F. Smit.

\*Pathofysiologie van de ademhaling (15, 22 en 29 september)

Cursusleiding: Dr. J. van den Aardweg

\*Beeldvormende technieken (3 november en 8 december)

Cursusleiding: B. v.d Bruggen.

Per cursusdag nemen gemiddeld 30 cursisten deel.

Algemene opmerkingen betreffende de cursussen.

Iedere nieuwe assistent-geneeskundige in opleiding tot longarts krijgt na aanmelding bij de NVALT een brief waarin het programma en de regels voor het cursorisch onderwijs vermeld staan. Om de nieuwe assistenten in opleiding zo goed en zo snel mogelijk in het cursorisch onderwijs te laten instromen krijgen ze door het secretariaat NVALT plaatsen voor de cursussen toegewezen. De verantwoordelijkheid voor aan- en afwezigheid bij (onderdelen) van een cursus ligt bij de desbetreffende assistent in overleg met de opleider.

Organisatie van het cursorisch onderwijs. Vanwege het toenemende aantal assistent-geneeskundigen in opleiding tot longarts vonden ook in 2006 alle cursussen plaats. Ook voor 2007 staat dit gepland.

De commissie dankt de sprekers, medewerkers van de firma AstraZeneca (logistieke ondersteuning) en het secretariaat van de NVALT voor de goede organisatie en ondersteuning.

Egbert Smit, Voorzitter  
Joost v.d. Aardweg, Secretaris

### Commissie Tuberculose (CTB)

Samenstelling per 1 januari 2006:

P.D.L.P.M. van der Valk  
Voorzitter  
A.C. van Haeften-van der Schee  
Secretaris  
R. van Altena  
M. Bakker  
M.J. Boeree  
H. van Deutekom  
G.J. Brauhnstahl.  
W.de Lange  
J.H. van Loenhout-Rooyackers  
R.P. van Steenwijk.  
N.A.H. Hest

P.J.H.J. van Gerven (als vertegenwoordiger van De KNCV)

De commissie kwam in 2006 bijeen op 24-4 2006 en een telefonische vergadering gehouden op 23/10 2006.

De Commissie streeft naar presentaties op de wetenschappelijke voor- en najaarsvergadering van de NVALT om bij een zo breed mogelijk longartsenpubliek de T van de NVALT levend te houden en meer betrokkenheid van de leden door vooraf publicatie van de richtlijnen.

Op de voorjaarsvergadering werd een voordracht gehouden over tuberculose: Joke van Loenhout-Rooyackers hield een voordracht ter illustratie van de richtlijn "latente Tuberculose".

Leden van de werkgroep nemen deel aan diverse richtlijnen commissies van de NVALT: Een richtlijncommissie over de behandeling van tuberculose bij HIV" en de richtlijn commissie, die via de Commissie Praktische Tuberculosebestrijding van de KNCV over Behandeling latente Tuberculose Infectie" werd ontwikkeld.

P.J.H.J.v Gerven en W.de Lange hebben nog zitting in de richtlijnen ontwikkeling Tuberculose van de medisch microbiologen.

Ook de ontwikkelingen en de toepassing van de gamma-interferontesten zijn nog steeds een punt van discussie binnen de commissie.

P.D.L.P.M. v/d Valk, Voorzitter  
A.C. van Haeften- v.d. Schee, Secretaris.

### Commissie Visitatie Longziekten (CVL)

Samenstelling per 31 december 2006:

A. Termeer	Voorzitter
S.J.M. Mol	Secretaris
P.E.J.M. van Boxel	
P.J. de Bruyn	
Dr. N.J.M. Cox	
A.H.M. van der Heijden	
Dr. M.M.H. Hochstenbag	
A.M. Janssens	
G.J. Jukema	
M.G.G. Koolen	
W.C.J. van Veldhuizen	

Vrijwel alle longklinieken zijn sinds 1994 tweemaal gevisiteerd volgens het oude model. In de loop van 2006 is gestart met een nieuwe opzet van de kwaliteitvisi-

taties. Deze is de afgelopen jaren door leden van de CVL samen met een aantal andere wetenschappelijke verenigingen en met het CBO en de OMS ontwikkeld. Daarvoor werden vergaderingen, studiedagen en werkconferenties bezocht. Dit nieuwe model werd op 21 april 2006 in Utrecht door de ledenvergadering geaccordeerd. In Pulmoscript jaargang 16, nummer 2, juni 2006, bladzijde 22 tot en met 25 staat een artikel over deze nieuwe visitatievorm. Er is besloten om voorlopig met twee vaste leden van de CVL te visiteren en niet met een vast lid en een toegevoegd lid die recent zelf gevisiteerd werd. Dit om alle leden van de CVL snel ervaring met dit nieuwe model op te laten doen. Daarom is de CVL in 2006 uitgebreid met extra leden namelijk Monique Hochstenbag en André Janssens. In 2007 zal de commissie nog uitgebreid worden met Klaas van Kralingen en Thomas Macken. René Termeer nam het voorzitterschap over van Albert van der Heijden, Stijn Mol het secretariaat van Wim van Veldhuizen. Alle leden van de CVL hebben visitatietrainingen van het CBO gevolgd.

In 2006 zijn met secretariële ondersteuning van de NVALT 17 kwaliteitsvisitaties uitgevoerd volgens een gestandaardiseerd protocol. Daaronder waren twee hervisitatie. De CVL streeft ernaar om de klinieken te laten visiteren door leden die uit een vergelijkbare kliniek komen. In 2005 moest door overbezetting van het secretariaat van de NVALT helaas een externe freelance medewerkster voor secretariële ondersteuning bij de visitaties worden ingehuurd. In 2006 werd dit gelukkig weer ingevuld door Constance van Hussen en Trudy de Jong. Dit kwam de kwaliteit van de rapporten inhoudelijk en tekstueel weer ten goede. Het visitatierapport wordt, nadat het is besproken in de voltallige commissie, met conclusies en aanbevelingen aan de gevisiteerde longartsengroep gepresenteerd.

De eerste indrukken met de nieuwe kwaliteitsvisitaties zijn positief. Dit zowel bij de visitatoren als bij de gevisiteerde maatschappen. Meer dan bij het oude model wordt de maatschappen een spiegel voorgehouden met meer reflectie op het eigen functioneren. Het biedt mogelijkheden om gerichte verbeteracties te plannen, te implementeren en te evalueren. Dit kan leiden tot een continue proces van ver-

dere kwaliteitsverbetering door de maatschap. Overigens blijkt uit de visitaties dat de kwaliteit van het werk van de longartsen in Nederland over het algemeen goed bevonden wordt.

### Concilium

Samenstelling per 31 december 2006:

Dr. F.W.J.M. Smeenk	
Voorzitter	
Dr. G. Wesseling	Secretaris
E.A.M. Mensen	
Dr. E.G.M. Cobben-Beld	
F.J. Visser	
Dr. H.G.M. Heijerman	
Prof. Dr. P.N.R. Dekhuijzen	
Dr. J.S. van der Zee	
Dr. H.B. Kwa	
Dr. J.B. Wempe	
P. Brocken	

In de loop van 2006 kwam het concilium tweemaal plenair bijeen. Daarnaast vond overleg plaats met alle opleiders en/of waarnemend opleiders over de opleidingseisen en werd met het bestuur overlegd over zaken die de opleiding tot longarts regarderend.

In 2006 werden twee opleidingsklinieken gevisiteerd:

CWZ Nijmegen op 29 september, opleider Dr. J.P. Janssen  
LUMC Leiden op 13 oktober, opleider Prof. Dr. K.F. Rabe

De visitaties verlopen inmiddels volgens het enkele jaren geleden vastgestelde stramien en de rapportages aan de MSRC kunnen telkens binnen de daarvoor geldende termijn worden aangeboden.

Belangrijke onderwerpen die aan de orde kwamen waren de interne vooropleiding, de retrograde erkenning van CHIVO-chirurgen, de steeds gedetailleerder wordende eisen met betrekking tot de modernisering van de opleidingen en de verdeling van de opleidingsplaatsen door BOLS+.

Naar aanleiding van discussies daarover zijn de regels met betrekking tot de wetenschappelijke output van de opleiders, de stageovereenkomst, de werkzaamheden van de thoraxchirurg in de opleidingskliniek, de aanwezigheid van nucleair geneeskundigen in de opleidingskliniek en het gebruik van het portfolio en het proces van autorisatie van bekwaamheden van aios nader geëxpliciteerd.

Anders dan voorheen is met de MSRC overeengekomen dat de interne (voor)opleiding in het kader van de opleiding tot longarts nu niet verplicht aan het begin van de opleiding dient te worden ingevuld maar in twee jaar aaneengesloten in de eerste drie jaar van de opleiding dient te worden gevolgd. Binnen deze vooropleiding kan maar hoeft niet de voor de opleiding verplichte stage van vier maanden op de intensive care worden gevolgd.

In het overleg met de (plaatsvervangend) opleiders dat plaats vond op 9 november, waar alle opleidingsklinieken vertegenwoordigd waren, werd aandacht besteed aan de beleidsrichtlijnen bij visitaties, het gebruik van het portfolio, de SEH-stage en de problematiek van opleidingen die op meerdere locaties plaats vinden.

In de loop van 2006 adviseerde het concilium het bestuur onder meer over de opleidingseisen tot arts spoedeisende hulp (SEH-arts) en over de opleidingseisen voor de vooropleiding interne geneeskunde.

Namens de NVALT bezocht Dr. F.W.J.M. Smeenk de vergadering in München aangaande de Europese harmonisatie van de opleidingen. Dr. Smeenk en Dr. J.S. van der Zee vertegenwoordigden het concilium in het CCMS en bezocht Dr. G. Wesseling de vergaderingen van de raad WOK.

In de loop van 2006 verlieten Dr. S.E. Overbeek, Dr. M.H.E. Reijers en P. Huisman het concilium. Zij werden bedankt voor hun inspanningen en hun plaatsen werden ingenomen door Dr. E.G.M. Cobben-Beld, Dr. J.B. Wempe.

### Werkgroep Ademhalingstoornissen Slaap (WAS)

R.P. van Steenwijk Voorzitter  
M.M.M. Eijsvogel Secretaris

Per september is de multidisciplinaire CBO richtlijn OSAS van start gegaan, waarin diverse leden van de WAS participeren. 2006 stond ook in het teken van de voorbereiding van de 1e Slaapcursus de Lage Landen (gehouden jan. 07 te Antwerpen) waarbij de WAS kon meelifen met het de Belgische collegae Prof. De Backer en Prof. Verbraecken die in 2005 de 1e ERS School Sleep ook georganiseerd hadden. De WAS vergaderd 2x per jaar waarbij naast het huishoudelijk deel altijd

een wetenschappelijk deel met ten minste 3 voordrachten wordt gehouden. Gezien de affiniteit van de WAS-leden met apparatuur gelijkend op die zoals gebruikt bij non-invasieve ventilatie en de belangstelling om voordrachten over dit onderwerp op de Wasvergadering in te brengen, lijkt het een te voorziene ontwikkeling dat de WAS zich ook actiever met dit onderwerp gaat bezighouden.

Hierbij een kort verslag van de wetenschappelijke voordrachten in 2006. Maart 2006:

1. Work performance bij OSAS. Annick Devolder, KNO-artsassistent in opleiding te Antwerpen. Work Performance en Qol zijn verminderd bij slaperige personen ongeacht de ernst van sleep disordered breathing (SDB) gemeten aan de AHI. Voorts is er verbetering met CPAP.
2. Hyoid-expansie techniek bij OSAS. Evert Hamans, KNO-arts te Antwerpen. Eveneens fraaie presentatie over de KNO-chirurgische mogelijkheden bij SDB. Daarnaast werd ingegaan op de hyoid-expansie studie. Deze studie liet ondanks een veel belovende pilot en goed theoretisch concept, onvoldoende effect zien om deze behandeling in de praktijk aan te bevelen.
3. Slaaponderzoek in Zwolle. Bart Kuipers. Na de nodige uitleg over de opbouw van het slaaplab, werd een indrukwekkende MRI-video van een apneurende OSAS patiënt (in de MRI!) getoond.
4. Casus. Reindert van Steenwijk. Een patiënt met recidiverende respiratoire insufficiënte (hypercapnie 8.5) na detubatie bij tracheomalacie (dwz nauwe en makkelijk collaberende trachea) en OSAS. Pas na instelling op CPAP geen recidieven meer! Een nagenoeg gelijke patiënt werd toevalligerwijs 2 weken later op de longdagen door Vonk Noordergraaf gepresenteerd! Het komt dus vaker voor!

November 2006

1. OSAS-work-up in het Waak-Slaap Centrum van het Slotervaartziekenhuis. Paul van Spiegel, vertelt de historie, ontwikkeling en de organisatie in zijn Ziekenhuis, en leidt de twee volgende sprekers in.
2. OSAS-screening met de "Watch-PAT-100" Hans Hamburger (Neuroloog, Slotervaart) begint met een korte schets

van OSAS, gaat dieper in op het cardio-vasculaire risico, en geeft de resultaten van het gebruik van de Watch-Pat in de dagelijkse praktijk. Korte durende vaatspasmen (arousals) kunnen gemakkelijk worden gedetecteerd en in combinatie met het puls-oximetrie signaal, zonder flow-sigitaal, gebruikt worden als screening. Hamburger meldt 70% minder PSG nodig te hebben. Watch-PAT-100 is ontwikkeld door Levie. Ten slotte een letterlijk toetje van een PSG-video van een patiënt met onbewust nachtelijk dwangmatig eetgedrag

**3. MAD-CPAP trial.** Ghislaine Arab (Tandarts, Tandarts-instituut naast Slotervaart) Praat ons bij over de voor- en nadelen van MRA. En haar huidige opzet en de eerste resultaten van de gerandomiseerde placebo vs CPAP vs MRA (type monoblok) trial

**4. CPAP-aanmeting.** Henk Hassing laat zien dat CPAP inkoop, aanmeting en controle financieel ruimschoots mogelijk is uitgaande van de huidige 25-30 € maand vergoeding (thans voor de Leveranciers), exclusief voordelige CPAP-inkoop en exclusief 1 jaars DBC.

**5. Chronische NIV thuis i.a.a. acute NIV bij COPD exacerbatie.** Peter Wijkstra. Wijkstra wil met deze trail eind 2007 starten en vraagt onze medewerking. 200 pat. zijn nodig. Belangrijkste inclusie kenmerken zijn hypercapnie na acute NIV bij patiënt met niet te veel co-morbiditeit. Het specifieke protocol wordt aan de centra van thuisbeademing en WAS/leden t.z.t. separaat nog rondgestuurd.

### Werkgroep allergie en beroepsastma (WAB)

B.E.A. Hol Voorzitter  
P.Th.W. van Hal Secretaris

De werkgroep allergie en beroepsastma (WAB) is in het jaar 2006 eenmaal bijegekomen en wel op 18 december. Op die dag zorgden verschillende sprekers voor een gedegen overzicht van het gebruik van NO metingen bij de screening en behandeling van volwassen patiënten met een longziekte, in het bijzonder astma. De levendige discussie leidde ertoe dat de intentie werd uitgesproken om op de eerstkomende bijeenkomst de mogelijkheden te onderzoeken om binnen Nederland een breed gedragen onderzoek op te zetten naar de waarde van NO-metingen bij astma.

Verder werd de mogelijkheid geopperd om vanaf 2008 samen met de allergologen werkgroepbesprekingen te houden aangaande allergie en beroepsastma. Dit mede in het kader dat richtlijnen multidisciplinair moeten worden gedragen.

### Werkgroep Endoscopie/Oncologie (WON/WES)

Prof. Dr. H.J.M. Groen voorzitter WON  
Dr. J.J. Janssen voorzitter WES  
Dr. F.M.N.H. Schramel secretaris WON/WES

In het jaar 2006 zijn er wederom 2 gecombineerde vergaderingen geweest van de WON en de WES d.d. 18 april en 14 november. Deze vergaderingen zijn de drukst bezochte werkgroepvergaderingen binnen de NVALT waar iedere longarts en longarts in opleiding welkom is.

In de vergaderingen van de WES werd uitgebreid stil gestaan bij de plaats van de EBUS, EUS en TBNA in het diagnostisch arsenaal van de longarts. Frank Hermes, destijds AIOS te Nijmegen heeft een enquête hiervoor uitgevoerd onder longartsen: 80% van de respondenten gaf aan TBNA regelmatig te gebruiken. EUS werd uitgevoerd door 41% van de longartsen, waarvan 46% verwezen werd naar centra waar deze techniek wordt uitgevoerd. Het ideale scenario zou zijn dat alle longartsen TBNA uitvoeren en EUS/EBUS in centra worden verricht.

Franz Schramel gaf een presentatie over de ervaringen van het gebruik van de endobronchiale/tracheale "Alveolus" stent in het St. Antonius ziekenhuis Nieuwegein. Alle geïmplanteerde stents zijn gemigreerd nadat ze waren ingevouwen of gebroken. Ook andere klinieken hebben deze problemen geconstateerd. De ervaringen zullen worden verzameld om tot een wetenschappelijk artikel te worden verwerkt.

Jacques Burgers bespreekt een studie protocol aangaande de behandeling van pleuritis carcinomatosa. Het betreft een fase III onderzoek waarbij gerandomiseerd zal worden tussen pleurodese met talk versus gebruik van de PleurX.

Remco Djamin en Diane van Kessel gaven een pro/con sessie t.a.v. de endoscopische versus chirurgische longvolume reductie chirurgie. Welke van de 2 methoden het beste is zal in een gerandomiseerd onderzoek moeten worden bepaald.

In de vergaderingen van de WON zijn

uiteraard de vorderingen van de diverse NVALT studies besproken. Diverse malen werd gediscussieerd over het "design" van nieuwe studies, zoals de NVALT 8 studie die de waarde van de adjuvante chemotherapie bij het operabel niet-kleincellig longkanker zal bestuderen. De NVALT 8 studie zal in 2007 van start gaan. We proberen het minst toxische chemotherapie schema in te voeren. Bovendien wordt gewezen op het grote belang van een NVALT Weefselbank die opgezet gaat worden. Ook wordt een eerste aanzet gegeven tot de NVALT 9 studie die handelt over de plaats van ibandronate bij de behandeling van pijnlijke ossale metastasen van het niet-kleincellig longcarcinoom. Klaar Maas, AIOS longziekten te Nieuwegein geeft een presentatie over de preliminaire resultaten van de NVALT 6 studie. In deze studie wordt de rol van gecombineerde chemoradiotherapie bestudeerd op de "downstaging" van mediastinale metastasen.

Een aantal organisatorische zaken worden besproken rondom de richtlijn ontwikkeling en het updaten van bestaande richtlijnen. Ben Venmans geeft als penningmeester van de NVALT een voordracht hoe de financiële stromen t.b.v. de NVALT studies gestructureerd moeten worden. Er zullen stichtingen het licht zien die het de NVALT mogelijk moet maken om op professionele manier ondersteunend te zijn voor Werkgroep Longoncologie. De wetenschappelijke vereniging van de radiotherapie heeft het initiatief genomen om een nieuwe onderzoeksgroep op te zetten, genaamd Dutch Lung Cancer Study Group. Vanuit de WON werden enkele leden gevraagd in deze multidisciplinaire onderzoeksgroep zitting te nemen. Ook van andere specialismen zullen leden worden afgevaardigd zoals van de longchirurgen en nucleair geneeskundigen. Tevens werd gediscussieerd over de kwaliteitsvisitaties van de VIKC. Niet alle klinieken hebben een positieve ervaring met deze visitaties, maar de WON constateert wel dat de beroepsgroep de oncologische zorg in de ziekenhuizen goed moet organiseren.

### Werkgroep Infectieziekten (WIZ)

R.E. Jonkers Voorzitter  
A. Bossink Secretaris

De werkgroep heeft in het verslagjaar 2



“

”



“Life. To be continued...”

...SPIRIVA beïnvloedt het klinisch  
**beloop van de ziekte**  
 en verandert **het leven**  
 van uw COPD-patiënt...<sup>1,2,3</sup>



**SPIRIVA**<sup>®</sup>  
 (tiotropium)

Centraal bij COPD





maal vergaderd. De derde vergadering werd uitgesteld tot in januari 2007 omdat toen eenmaal, op overigens zeer vruchtbare wijze, gezamenlijk met de Commissie Tuberculose kon worden vergaderd.

Tijdens iedere vergadering zijn een of meerdere casus besproken. Dit betrof in alle gevallen patiënten met bijzondere of zeldzame infecties.

Er werd gesproken over het standpunt dat namens de vereniging dient te worden ingenomen over de vaccinatie tegen pneumokokken-infecties. Ook over een aantal andere onderwerpen werd op verzoek van het bestuur advies gegeven.

Er werd een presentatie gehouden en gediscussieerd over de preventie van "ventilator associated pneumonia". Er werd door een onderzoeker uit het Medisch Centrum Alkmaar een presentatie gegeven over resultaten van een onderzoek naar de effecten van antibiotica bij exacerbaties van COPD. Er werden presentaties gehouden die eerder op internationale congressen waren gebracht, over pulmonale infectieziekten gerelateerd onderzoek.

Er is een voorstel besproken om vanuit de werkgroep multicenteronderzoek te gaan initiëren. Er werd een inventarisatie gehouden over onderwerpen die zich hiervoor lenen. Inmiddels heeft dit een concrete invulling gekregen door het dit jaar starten van de BAT trial, een onderzoek naar de effecten van een macrolide op het ziektebeloop bij patiënten met bronchiëctasieën.

Er is tot nu toe zeer beperkt gebruik gemaakt van het in 2005 ingestelde consulentenschap infectieziekten.

#### Werkgroep Interstitiële Longziekten (WIL)

P. Bresser Voorzitter  
E.H. Krouwels Secretaris

In 2006 zijn geen gezamenlijke bijeenkomsten geweest. De intentie van het bestuur van deze werkgroep is om het komende jaar met leden van de werkgroep te gaan werken aan een aantal richtlijnen op het gebied van de interstitiële longziekten. Hiermee denkt het bestuur tegemoet te komen aan een vaak gehoorde behoefte. Tevens zullen dan verdere mogelijkheden voor geregeld contact geëxploreerd worden.

Frans Krouwels, secretaris

#### Werkgroep longfunctie (WLF)

J.G. van den Aardweg Voorzitter  
E.H.C. de Jongh Secretaris

De werkgroep longfunctie is in 2006 twee maal bijeen geweest in Utrecht. De bijeenkomsten zijn standaard op de eerste woensdag van maart en van oktober, van 15.00-18.00 uur. Elke vergadering omvat drie componenten: 1) bespreking van beleidsmatige en algemene vragen ten aanzien van het longfunctielaboratorium, 2) presentatie van wetenschappelijk onderzoek op longfysiologisch gebied en 3) bespreking van klinisch-fysiologische problematiek. De werkgroep beoogt een forum te zijn op deze drie gebieden. Aan de orde kwamen onder andere de ontwikkelingen in de opleiding tot longfunctie-laborant, kwaliteitsnormen in het longfunctielaboratorium, en verder bijvoorbeeld "Immuunrespons tijdens inspanning bij COPD" (H. van Helvoort), "Isocapnische hyperventilatie ter analyse van bronchiale hyperreactiviteit tijdens inspanning" (H. Grotjohan). Om de longfysiologie levendig te houden in de algemene longartsenpraktijk werd de cursus "Ergometrie voor de longarts" georganiseerd waar een grote behoefte aan bleek te bestaan. Mede door de inzet van A. Boonstra, A. Vonk Noordegraaf en het secretariaat van de NVALT werd deze in mei 2006 voor het eerst in het VUMC georganiseerde cursus een (volgeboekt) succes. De combinatie van korte theoretische inleidingen gevolgd door een uitgebreide beoordeling van het ergometrische onderzoek door de deelnemers zelf bleek goed aan te slaan. Geprolongerd in 2007.

#### Werkgroep Mesotheliomen (WMT)

Sjaak Burgers Voorzitter  
Noël Schlösser Secretaris

Na het Nationaal mesotheliomen symposium heeft Paul Baas afscheid genomen als voorzitter en Wim Strankinga als secretaris van de werkgroep. Beide hebben vele jaren veel energie in de werkgroep gestoken, veel zaken bereikt en een en ander met een groots symposium afgerond.

De werkgroep heeft op 19 mei 2006 in de Koepelkerk wederom een Nationaal Mesotheliomen symposium verzorgd. Er waren meer dan 100 deelnemers, waaron-

der longartsen, epidemiologen, advocaten en andere geïnteresseerden bijvoorbeeld uit de politiek. In het programma was zowel aandacht voor kliniek en prekliniek, als voor medicolegale en epidemiologische problemen. Deze laatste werden uitgebreid besproken toegespitst op de Nederlandse situatie.

De werkgroep heeft haar steun toegezegd aan het congres van de IMIG 2008, the International Mesothelioma Interest Group in 2008. De organisatie is toegezegd aan Amsterdam en zal hoogstwaarschijnlijk eind september 2008 in het NKI-AVL worden gehouden. Het is een 3-daags internationaal congres, dat om de twee jaar wordt gehouden, als laatste in 2006 in Chicago. Het wordt bezocht door een ieder geïnteresseerd in de epidemiologie, de klinische zorg, de sociale of legale internationale en/of basaal wetenschappelijke aspecten van het mesotheliom. Details zullen via de NVALT-website en de IMIG-website ([www.imig.org](http://www.imig.org); onder constructie) worden bekend gemaakt.

De NVALT 5 studie rekruteert nog steeds patiënten. Momenteel zijn meer dan 100 patiënten gerandomiseerd na hun behandeling met pemetrexed. Binnen de studie wordt de helft van de patiënten regulier opgevolgd, de andere helft krijgt onderhoudsbehandeling met Thalidomide. Het beoogde aantal patiënten is 230. De deelname van Australische centra is nog steeds niet geëffectueerd, maar wacht slechts op een enkele ambtelijke handeling. De werkgroep dringt aan op doorverwijzing naar of overleg met een van de deelnemende ziekenhuizen na beëindigen van de pemetrexed chemotherapie bij uw mesotheliomapatiënt. Dan kan eventueel inclusie in de NVALT V worden overwogen.

Alle werkgroepleden nemen actief deel aan de **beoordelingen van de casus voor het IAS**, het Instituut AsbestSlachtoffers. Bij patiënten die zich aanmelden voor een vergoeding bij het instituut, maar waarbij geen pathologisch bewijs is van het hebben van een mesotheliom wordt door de werkgroepleden op klinische gronden beoordeeld of zij wél of niet waarschijnlijk een mesotheliom hebben. En zo wél of niet voor de vergoeding in aanmerking kunnen komen. Door steeds betere coördinatie en digitalisering wordt de tijd nodig voor de beoordelingen het laatste jaar steeds korter.

De Werkgroep heeft een **landelijke enquête dure medicijnen** mogelijk gemaakt

op verzoek van het Nationaal Patiënten Platform naar beperkingen in het gebruik van deze middelen. Dit zou onder de aandacht gebracht worden van het nieuwe kabinet tijdens de formatie. Inmiddels is dit afgerond en heeft een afvaardiging van medisch oncologen het onderwerp onder de aandacht van de betrokken Tweede Kamer commissie gebracht.

In de **werkgroepbesprekingen** is naast de lopende zaken aandacht besteed aan het fase I onderzoek naar dendritische cel therapie in het Erasmus ziekenhuis te Rotterdam (dr. J. Aerts), en de praktijk van claims bij asbestzaken buiten het IAS om. Dit laatste is besproken door de heer Niels Muntjewerff, letselschade advocaat in Hoorn.

**Werkgroep Pulmonale hypertensie (WPH)**

Anton Vonk Noordegraaf Voorzitter  
Repke Snijder Secretaris

In het afgelopen jaar kwam de werkgroep vijf maal bijeen volgens een vaststaand

schema: iedere derde woensdag van de oneven maanden van het jaar m.u.v. juli. Een groot scala aan onderwerpen en studies zijn besproken. Voorbeelden zijn: de waarde van screening bij sclerodermie (pro-con debat), het ecg en vectorcardiogram bij pulmonale hypertensie, de waarde van multislice ct bij de diagnostiek van chronische thromboembolische pulmonale hypertensie, en onderzoeksvoorstellen op het gebied van pulmonale hypertensie bij aangeboren hartafwijkingen en chronische thromboembolische pulmonale hypertensie. Daarnaast werd steeds ruim tijd ingeruimd voor het bespreken van casuïstiek. In januari hielden we onze, inmiddels traditionele clinicopathologische radiologische conferentie in het VUMC. Deze goed bezochte avond werd niet alleen bezocht door de werkgroepleden maar ook door de radiologen en pathologen van verschillende ziekenhuizen. Aan de hand van een aantal casus meegebracht door verschillende werkgroepleden werd de casuïstiek aan de hand van de HRCT en pathologisch materiaal integraal besproken. Deze zeer boeiende avond heeft ons weer duidelijk

gemaakt dat nog vele vragen op het terrein van de pulmonale vasculaire pathologie onbeantwoord zijn.

De werkgroep kent een zeer goede opkomst en blijkt niet alleen in naam multidisciplinair. Reumatologen, cardiologen en internisten dragen met hun vakspecifieke kennis belangrijk bij aan de discussie. De werkgroep werd als vast aanspreekpunt voor CWZ en het ministerie van VWS enige malen officieel om advies gevraagd, en omgekeerd werden vanuit de werkgroep vragen aan deze instellingen gesteld.

Met nadruk willen we erop wijzen dat de werkgroep niet alleen bedoeld is voor de longartsen die de zeldzame vormen van pulmonale hypertensie behandelen. Elke longarts heeft in de dagelijkse praktijk te maken met patiënten met pulmonale hypertensie en longembolieën. Daarom is iedereen die geïnteresseerd is in aandoeningen van de pulmonale vaten van harte welkom.

Anton Vonk Noordegraaf, voorzitter  
Repke Snijder, secretaris

# Informatie over GAIA

*De Koninklijke Nederlandsche maatschappij tot bevordering der geneeskunst is de organisatie van en voor artsen in Nederland*

---

Geachte NVALT-leden,

Utrecht, 25 juni 2007

De NVALT heeft in 2005 besloten om deel te nemen aan één geautomatiseerd systeem voor accreditatie voor de verschillende wetenschappelijke en beroepsverenigingen: GAIA (Gemeenschappelijk Accreditatie Internet Applicatie).

Het GAIA systeem staat ten dienste van zowel de artsen als de wetenschappelijke en beroepsverenigingen, de aanbieders van bij- en nascholing en de Registratiecommissies. Deze ontwikkeling staat in het teken van de wettelijke plicht voor artsen die in een van de Registers van de KNMG staan ingeschreven, om zich iedere vijf jaar te herregistreren.

GAIA is ontworpen vanuit twee doelstellingen:

1. Het accreditatieproces eenvoudiger en uniform maken voor zowel de artsen als de aanbieders van bij- en nascholing en de accreditatiecommissies van de wetenschappelijke en beroepsverenigingen.  
Deze GAIA-functionaliteit is medio 2006 in gebruik genomen en heeft geresulteerd in een snellere afhandeling van accreditatieaanvragen en meer inzicht voor de artsen in de beschikbare bij- en nascholing via de website van de betreffende wetenschappelijke of beroepsvereniging.
2. Het aanbieden van een persoonlijk digitaal nascholingsdossier aan de artsen, waarin de gevolgde bij- en nascholing geregistreerd wordt met de behaalde accreditatie-punten. Dit vervangt op termijn het zelf verzamelen en administreren van certificaten als bewijs van deelname aan de gevolgde bij- en nascholing.  
Eind 2007 wordt het mogelijk om bij een herregistratieaanvraag een kopie van de in het persoonlijk dossier geregistreerde accreditatiepunten geautomatiseerd aan te bieden aan de Registratiecommissie. Dit zal het proces van herregistreren voor u eenvoudiger en voor de betreffende Registratiecommissie minder arbeidsintensief maken.

Voor u als NVALT-lid betekent dit dat u uiteindelijk, na verloop van tijd, geen nascholingscertificaten meer ontvangt en dat aanbieders van bij- en nascholing de door u gevolgde nascholing en het behaalde puntenaantal invoeren in het GAIA-systeem.

De aanbieders sturen hiervoor een bericht naar het GAIA-systeem met de gegevens van de gevolgde bij- en nascholing waarna de behaalde punten toegevoegd worden aan het dossier van de arts. U moet wel altijd zelf controleren of de punten in uw dossier zijn bijgeschreven. Wanneer twee weken na de gevolgde nascholing de punten nog niet zijn bijgeschreven in uw dossier, neemt u dan contact op met de betreffende aanbieder (organisator) van de nascholing. De aanbieders hebben geen inzage in uw persoonlijk dossier. Ze zijn wel verplicht de accreditatiepunten in uw persoonlijk dossier te registreren. Gedurende 2007 zal er een overgangssituatie zijn waarin u van de aanbieders van bij- en nascholing ook nog steeds een nascholingscertificaat ontvangt.

Uw gegevens binnen GAIA worden vertrouwelijk behandeld en worden niet beschikbaar gesteld aan derden. De gegevens worden alleen gebruikt voor het registreren van de gevolgde bij- en nascholing met de behaalde accreditatiepunten. Wetenschappelijke en beroepsverenigingen hebben net als de aanbieders van bij- en nascholing geen zicht in uw dossier.

U kunt uw account te allen tijde activeren. Na activatie kunt u inloggen in GAIA. Door uw activatie is uw e-mailadres bekend en wordt u op de hoogte gehouden van alle ontwikkelingen over GAIA.

U heeft een schrijven van de KNMG, gedateerd 28-6-2007, ontvangen met uitleg van het systeem en uw persoonlijke activeringscode. Graag willen we u voor informatie en aanmelding verwijzen naar de openbare website van de KNMG [www.knmg.nl/accreditatie](http://www.knmg.nl/accreditatie). Op deze site is onder het kopje: "Arts en persoonlijk dossier" verdere informatie te vinden over het persoonlijk dossier. Verder surfend naar het kopje: "informatie GAIA voor artsen" is algemene informatie betreffende het GAIA project te vinden.

WCM de Lange  
Voorzitter Commissie Accreditatie NVALT

# Programma studiedagen Vereniging van Artsen werkzaam in de Tuberculosebestrijding VvAwT

*“Het aantonen en voorkomen van tuberculose-infectie”*

Thema's: IGRA-testen, infectiositeit en casuïstiek

Locatie: Conferentiehôtel Kontakt der Continenten, Soesterberg

VRIJDAG 11 JANUARI 2008

9.30 – 10.00 uur	Ontvangst
10.00 – 10.05 uur	Welkom Wieneke Meijer-Veldman, arts-tuberculosebestrijding, voorzitter VvAwT
10.05 – 10.15 uur	Opening Martien Borgdorff, directeur KNCV Tuberculosefonds, hoogleraar Internationale Gezondheidszorg
	Ochtendprogramma: De plaats van IGRA-testen
10.15 – 11.15 uur	IGRA-testen Eliane Leyten, internist-infectioloog, Medisch Centrum Haaglanden Den Haag
11.15 – 11.30 uur	Pauze
11.30 – 13.00 uur	IGRA en casuïstiek In 3 groepen wordt de rol van IGRA bij casuïstiek besproken. Daarna wordt de conclusie plenair gepresenteerd. Panel: Richard van Altena Longarts TBC-centrum Beatrixoord UMC Groningen Eliane Leyten Internist-infectioloog, MCH Den Haag Sophie Toumanian Arts-tuberculosebestrijding, GGD Regio Twente Paul van der Valk Longarts, Medisch Spectrum Twente, Enschede
13.00 – 14.00 uur	Lunch
	Middagprogramma: Infectiositeit
14.00 – 15.45 uur	Presentatie basisprincipes infectiositeit gevolgd door interactieve casuïstiek. Sytze Keizer, arts- tuberculosebestrijding, GGD Amsterdam en Richard van Altena, longarts.
15.45 - 16.00 uur	Pauze
16.00 – 18.00 uur	Algemene ledenvergadering VvAwT
18.00 – 20.00 uur	Diner
	Avondprogramma
20.00 – 21.00 uur	Tuberculose bij zeehonden in het Noorderdierenpark te Emmen Albert Kiers, longarts GGD Friesland



**ZATERDAG 12 JANUARI 2008**

	Ochtendprogramma: Casuïstiek
9.30 – 12.15 uur Onderbroken door pauze	Vraag en antwoord: Interactieve casuïstiek. Aangeleverde casuïstiek en vragen uit het veld zullen door Wiel de Lange, longarts en Martin Boeree, longarts, UMC Nijmegen/ ULC Dekkerswald, Groesbeek op interactieve wijze worden besproken
12.15 – 12.30 uur	Evaluatie en afsluiting
12.30 uur	Lunch

**Accreditatie**

wordt aangevraagd bij de Vereniging van Artsen werkzaam in de Tuberculosebestrijding en bij de Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose.

**Inlichtingen over deelname**

Secretariaat VvAwT:

e-mail: [secretariaat@vvawt.nl](mailto:secretariaat@vvawt.nl) (cc: [marianwullems@hotmail.com](mailto:marianwullems@hotmail.com))

Telefoon: Mevrouw M. Visser-Wullems 024-3582933/06-18805270.

**Locatie**

Conferentiehôtel Kontakt der Kontinenten, Amersfoortseweg 20,3769 AS Soesterberg,

Telefoon: 0346-351755, e-mail: [info@kontaktderkontinenten.nl](mailto:info@kontaktderkontinenten.nl).



**NU**  
OPGENOMEN  
OP DE LIJST DURE  
GENEESMIDDELEN\*

# Revolutionair Xolair

Doorbraak voor patiënten met ernstig allergisch astma.

*Nieuw:* Xolair. De revolutionaire add-on therapie voor patiënten met ernstig allergisch astma, die ondanks maximale therapie met inhalatie corticosteroiden en langwerkende  $\beta$ 2-agonisten niet voldoende onder controle zijn<sup>1</sup>.

*1. Zie voor de volledige geregistreerde indicatie de verkorte samenvatting van de productkenmerken elders in deze uitgave.*

*\* Xolair is opgenomen op de lijst dure geneesmiddelen en wordt met terugwerkende kracht tot 1 januari 2006 voor 80% vergoed via de beleidsregel dure geneesmiddelen in ziekenhuizen.*

 **NOVARTIS**  
Respiratory

  
**Xolair**<sup>®</sup>  
omalizumab  
Anti-IgE

# Reglement Kwaliteitsvisitatie Longziekten en tuberculose

## *Herziene versie / definitief voorstel CVL 8/2007*

### Inleiding

Het doel van de visitatie is de bevordering van de kwaliteit van de zorg voor de patiënt door een beoordeling te geven van de kwaliteit van de longgeneeskundige zorg en de kwaliteit van de organisatie van de praktijk en de zorginstelling.

De focus van de kwaliteitsvisitatie is niet op het individu, ook niet op ziekenhuis of instituut, maar het functioneren van de maatschap/vakgroep. Wanneer op meerdere lokaties wordt gewerkt, ontvangt de maatschap/vakgroep slechts één invitatie. De eigen beroepsgroep is de eerst verantwoordelijke voor de kwaliteit van de zorg. Zij dient eisen, standaarden en normen voor de zorg te ontwikkelen en op de naleving ervan toe te zien. Doel van de kwaliteitsvisitatie (hierna genoemd: visitatie) is de kwaliteit van de zorg te bevorderen, o.a. door het geven van adviezen.

De visitatie is als onderdeel van het kwaliteitsbeleid door de NVALT voor alle longartspraktijken verplicht gesteld door de ledenvergadering en wordt per kliniek (lees: maatschap/vakgroep) eenmaal per 5 jaar uitgevoerd. Besloten kan worden tot hervisitatie binnen 5 jaar.

### Kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl

De NVALT heeft vanaf een vroeg stadium (begin 90er jaren) geparticipeerd in proefvisitaties en na 2 volledige rondes van kwaliteitsvisitaties is na akkoord van de ledenvergadering m.i.v. najaar 2006 gestart met kwaliteitsvisitaties "nieuwe stijl", conform de vernieuwde OMS/CBO-richtlijnen, zoals ook toegepast voor en door andere medische specialismen.

### Verplichtstelling m.b.t. herregistratie

Vanaf 1 januari 2006 gelden nieuwe eisen voor de herregistratie van medisch specialisten. Deze zijn opgenomen in het nieuwe **Kaderbesluit** van het CCMS (Centraal College Medische Specialisten). Deelname aan kwaliteitsvisitatie van de wetenschappelijke vereniging wordt (naast eisen m.b.t. de directe patiëntenzorg en bij- en nascholing) hierin expliciet als voorwaarde gesteld.

### Minimum eis

De medisch specialist dient zich in het kader van de kwaliteitsvisitatie toetsbaar op te stellen door deel te nemen aan de kwaliteitsvisitatie, hetgeen in beginsel betekent dat de medisch specialist in persoon aanwezig dient te zijn tijdens de kwaliteitsvisitatie.

### Deelname

1. Omstandigheden of verplichtingen waardoor de medisch specialist niet in persoon kan deelnemen aan de kwaliteitsvisitatie beperken het recht op hernieuwing in beginsel niet, wanneer de medisch specialist de visitatiecommissie zo spoedig mogelijk dan wel ten minste twee weken voor de kwaliteitsvisitatie inlicht over (de reden van) zijn afwezigheid en daarnaast schriftelijk zijn aandeel toelicht.
2. Indien zich dringende omstandigheden van bijzondere aard voordoen waardoor niet aan de termijn van het lid van dit artikel kan worden voldaan, weegt de MSRC af of, gezien de bijzondere omstandigheden, toch kan worden gesteld dat er sprake is van een recht op hernieuwing van de inschrijving.
3. Indien de medisch specialist niet heeft deelgenomen aan de kwaliteitsvisitatie zonder dat de omstandigheden dit rechtvaardigen, kan het niet deelnemen gevolgen hebben voor de duur van of het recht op hernieuwing van de inschrijving.
4. Indien een solitair werkzame specialist of een groep van medisch specialisten als geheel niet deelneemt aan de kwaliteitsvisitatie, kan dit een herregistratie voor beperkte duur tot gevolg hebben, waarbij binnen de hernieuwde termijn alsnog aan een kwaliteitsvisitatie deelgenomen dient te worden.

### Visitatiedatum

De datum van visitatie, te weten de dag waarop de visitatiecommissie ad hoc de

maatschap/vakgroep in haar werkomgeving bezoekt, zal via het secretariaat NVALT tijdig (d.i. minimaal 6 maanden tevoren) en in overleg worden gepland en vastgelegd.

### Afstel en uitstel

Slechts met uitzondering en dan enkel met goede argumentatie kan afgeweken worden van de vastgestelde visitatiedatum. Wanneer de diverse noodzakelijke documenten niet tijdig ontvangen zijn en hiervoor geen geldige reden kan worden aangegeven, zal de visitatie geen doorgang vinden en zal niet eerder dan 2 jaar later een nieuwe datum worden aangeboden. Het risico ten aanzien van problemen bij de herregistratie ligt daarmee bij het individu of de maatschap/vakgroep (zie hierboven onder Deelname).

### Documenten

De diverse documenten ter invulling en de instructies voor de voorbereiding zijn in te zien en te downloaden op de NVALT-website via het besloten deel voor leden ([www.NVALT.nl](http://www.NVALT.nl)). De werkelijke visitatie door de leden van de visitatiecommissie ad hoc kan slechts dan effectief en zinvol plaatsvinden wanneer alle bescheiden tijdig (d.i. 6 weken tevoren) zijn aangeleverd bij het secretariaat; zowel in digitale vorm, als een 3-tal exemplaren verzameld en ingebonden. In het licht van een doorlopende kwaliteit-cyclus dienen bij de eerste kwaliteitsvisitatie nieuwe stijl de Quick-scan en KISZ lijst, de medical audit, het dossier-onderzoek, huisartsen-enquete en patiënten-enquete, en de behandelkamer/longfunctie-enquete tevoren minimaal binnen de maatschap/vakgroep gezamenlijk besproken te zijn, bediscussieerd, geprioriteerd en voorzien van actieplan en eigenaar. De hier bedoelde en op de NVALT-website beschikbare schriftelijke huisartsen-enquetes en patiënten-enquetes zijn niet te vervangen door eventueel reeds afgenomen bestaande plaatselijke of ziekenhuis-enquetes.

**A. ALGEMENE BEPALINGEN**

**Artikel 1**

a. Visitatie

Een ter plaatse te verrichten onderzoek naar de organisatie van de longartsenpraktijken en het functioneren van de individuele longartsen met als doel een zo objectief mogelijk oordeel te verkrijgen over de kwaliteit van de longgeneeskundige zorg, getoetst aan de vastgestelde kwaliteitsnormen.

De algemene kwaliteitsnormen waaraan de longarts moet voldoen, zijn aanvaard in de ledenvergadering van 6 april 2001.

De voor de longarts specifieke kwaliteitsnormen zijn neergelegd in het "Raamplan Longziekten en Tuberculose" dat is aanvaard in de ledenvergadering van 26 juni 2000.

Het format van de vernieuwde Kwaliteitsvissitaties conform de herziene richtlijnen van OMS/CBO (met inclusie van nieuwe elementen als Quick-scan, KISZ-lijst, medical audit, dossier onderzoek en patiënten-enquete) is aanvaard in de ledenvergadering van 26 april 2006.

b. Visitatierapport

De over de visitatie opgestelde rapportage -het visitatierapport- is een weergave van een beoordeling over de kwaliteit van de longgeneeskundige zorg en bevat adviezen ter verbetering hiervan.

Het visitatierapport wordt in concept opgesteld door de visitatiecommissie-ad-hoc en wordt definitief vastgesteld tijdens een vergadering van de plenaire visitatiecommissie. De visitatierapporten worden uitsluitend ter beschikking gesteld aan de gevisiteerde longkliniek. (De CVL geeft de gevisiteerde maatschap/vakgroep als aanbeveling een kopie van de rapportage ter beschikking te stellen aan de kwaliteitscommissie of het bestuur van de medische staf en de raad van bestuur van de instelling. In diverse klinieken is dit reeds goed gebruik en/of geregeld in het Document Medische Staf.)

De visitatierapporten alsook de ingevulde visitatievragenlijsten en eventuele andere door de gevisiteerde(n) aangeleverde documentatie betreffende de praktijk, worden uitsluitend bewaard op het secretariaat van de NVALT, tenminste tot voor de tweede maal een reguliere visitatie heeft plaatsgevonden.

**B. COMMISSIE VISITATIE LONGZIEKTEN**

**Artikel 2**

De Commissie Visitatie Longziekten is

een door de ledenvergadering NVALT d.d. 9 oktober 1998 ingestelde commissie met de taak uitvoering te geven aan het beleid kwaliteitsvisitatie longklinieken.

**Artikel 3**

Taakopdracht

- a. het adviseren van het bestuur over het opstellen en zo nodig aanpassen van de kwaliteitsnormen, visitatieformulieren en de visitatieprocedure.
- b. het uitvoeren van het visitatieprogramma volgens de overeengekomen visitatieprocedure.
- c. het samenstellen van de visitatiecommissie-ad-hoc.
- d. het vaststellen van de definitieve versie van het visitatierapport, dat in concept is opgesteld door de visitatiecommissie-ad-hoc.
- e. het zorg dragen voor een adequate archivering van de visitatierapporten met inachtneming van bestaande privacy voorschriften (zie ook artikel 20).

**Artikel 4**

Samenstelling en zittingsduur

- a. De Commissie Visitatie Longziekten telt tenminste 8 leden waaronder de op niet-bindende voordracht van de commissie door het bestuur benoemde voorzitter.
- b. De leden van de Commissie Visitatie Longziekten worden voorgedragen door het Bestuur en benoemd door de ledenvergadering van de NVALT.
- c. De herkomst van de leden is verdeeld over opleidings- en niet-opleidingsklinieken.
- d. Leden van de Commissie Visitatie voldoen bij voorkeur aan de volgende criteria: lidmaatschap NVALT, tenminste 5 jaar geregistreerd als longarts, zelf praktijk uitoefenend, niet langer dan 3 jaar niet-praktiserend.
- e. De zittingsduur van de leden van de commissie wordt geregeld door het Huishoudelijk Reglement van de NVALT.
- f. De leden van de Commissie Visitatie Longziekten hebben deelgenomen aan een visitatietraining.

**Artikel 5**

Werkwijze

- a. De Commissie Visitatie Longziekten benoemt uit haar midden een secretaris.
- b. De commissie vergadert ten minste

over elk uitgebracht concept visitatierapport.

- c. Jaarlijks wordt aan het bestuur gerapporteerd over de werkzaamheden inzake het visitatieprogramma met vermelding van problemen van algemene aard die zich bij de visitaties hebben voorgedaan.

**C. VISITATIECOMMISSIE-AD-HOC**

**Artikel 8**

De visitatiecommissie-ad-hoc is een door de Commissie Visitatie Longziekten voor iedere visitatie afzonderlijk te formeren ad-hoc-commissie.

**Artikel 9**

Taakopdracht

- a. Het voorbereiden van de visitatie aan de hand van de ingevulde formulieren en eventueel toegezonden andere documentatie.
- b. Het ter plaatse beoordelen van de omstandigheden waaronder en de wijze waarop de longartsen praktijk voeren.
- c. Het opstellen van het concept visitatierapport.

**Artikel 10**

Samenstelling

- a. De visitatiecommissie-ad-hoc bestaat uit tenminste twee longarts-visitatoren, waaraan toegevoegd een ambtelijk secretaris. Deze is geen lid van de visitatiecommissie-ad-hoc.
- b. De voorzitter van visitatiecommissie-ad-hoc is lid van de Commissie Visitatie Longziekten. De voorzitter van de visitatiecommissie-ad-hoc praktiseert of heeft bij voorkeur gepraktiseerd in een praktijk vergelijkbaar met die van de longartsen die gevisiteerd worden (bijvoorbeeld niet-opleidingsziekenhuis, opleidingsziekenhuis, academisch, groot of klein ziekenhuis).
- c. Het tweede lid van de visitatiecommissie-ad-hoc is een longarts die geen lid is van de Commissie Visitatie Longziekten en eenmalig als visitator optreedt (en bij voorkeur afkomstig uit een vergelijkbare kliniek buiten de regio, meestal recent zelf gevisiteerd).
- d. Bij academische- en perifere opleidingsklinieken wordt bij voorkeur gevisiteerd door 2 leden van de Commissie visitatie Longziekten.



- e. In de visitatiecommissie-ad-hoc kunnen geen personen zitting hebben die werkzaam zijn in dezelfde regio, dan wel op enigerlei wijze betrokken zijn bij de te visiteren longartsen, maatschap of afdeling.
- f. In geval van hervisitatatie bestaat de visitatiecommissie-ad-hoc uit 2 leden van de Commissie Visitatie Longziekten en is er geen extern toegevoegd lid.
- g. In speciale situaties kan de plenaire Commissie Visitatie Longziekten besluiten 2 van haar vaste leden in plaats van 1 lid van de Commissie Visitatie Longziekten af te vaardigen in de visitatiecommissie-ad-hoc. Een eerdere hervisitatatie of eerdere visitatie met meerdere gekonstateerde tekortkomingen (maar zonder gegronde argumenten voor hervisitatatie) kunnen hiertoe reden zijn; en in geval van uitzondering op speciaal verzoek van de te visiteren maatschap of vakgroep met opgave van goede reden(en) dan wel op verzoek van het bestuur van de NVALT.

**Artikel 11**  
Werkwijze

- a. De voorzitter van de visitatiecommissie-ad-hoc bewaakt de tijdsplanning en de visitatieprocedure, leidt de gesprekken, dan wel maakt afspraken hierover met de leden van de visitatiecommissie-ad-hoc.
- b. De voorzitter van de visitatiecommissie-ad-hoc licht het conceptrapport toe voor de Commissie Visitatie Longziekten.
- c. De ambtelijk secretaris notuleert de visitatie, stelt het conceptvisitatierapport op, verzendt dit ter amendering binnen 4 weken naar de leden van de visitatiecommissie-ad-hoc.

**D. VISITATIEPROCEDURE**

**Artikel 12**  
Aankondiging en voorbereiding

- a. Tenminste een half jaar van tevoren wordt de visitatie door het secretariaat van de NVALT aan de te visiteren longartsen aangekondigd en wordt in onderling overleg een datum gekozen.
- b. Uiterlijk 6 weken voor de visitatie wordt aan het secretariaat van de NVALT door de te visiteren longart-

- sen de agenda van het dagprogramma toegezonden alsmede alle visitatieformulieren, zowel in elektronische vorm als een 3-tal exemplaren compleet en ingebonden.
- c. De ambtelijk secretaris doet de ingevulde formulieren terstond toekomen aan de leden van de visitatiecommissie-ad-hoc.
- d. Tenminste 8 weken voor de visitatie deelt de ambtelijk secretaris de namen van de visitatoren aan de te visiteren longartsen mede.
- e. De te visiteren longartsen kunnen bij de Commissie Visitatie Longziekten gemotiveerd bezwaar maken tegen één of meer van de aangewezen leden van de visitatiecommissie-ad-hoc.
- f. Binnen een termijn van vijf jaar kan voor de visitatie in een bepaald ziekenhuis slechts eenmaal dezelfde visitatiecommissie-ad-hoc worden aangewezen, tenzij het een beperkte visitatie als bedoeld in artikel 17b betreft.

**Artikel 13**  
Programma

De te visiteren longartsen zijn verantwoordelijk voor de planning en organisatie van de visitatie, inclusief het uitnodigen van de hierna genoemde gesprekspartners.

De visitatiecommissie-ad-hoc zal in ieder geval een bespreking hebben met:

- de longgeneeskundige staf
- een vertegenwoordiging van de directie/raad van bestuur
- een vertegenwoordiging van de medische staf, bij voorkeur van een of meer specialismen waarmee in het ziekenhuis het meest wordt samengewerkt
- een vertegenwoordiging van de assistent-geneeskundigen, indien zij betrokken zijn bij de praktijkuitoefening
- een vertegenwoordiging van de verpleegkundige staf/managementteam
- ad hoc kunnen desgewenst andere personen worden geïnviteerd; dit wordt door de visitatie commissie-ad hoc tijdig aangegeven

**Artikel 14**  
Bezoeken

De visitatiecommissie-ad-hoc zal in ieder geval een bezoek brengen aan de kliniek, de polikliniek, de longfunctieafdeling en de behandelkamer. Ad hoc kan beslo-

ten worden ook andere werkplekken te bezoeken.

**Artikel 15**  
Gecombineerde visitatie

Indien de kwaliteitsvisitatie wordt gecombineerd met een opleidingsvisitatie kunnen besprekingen en bezoeken worden gecombineerd met de betreffende visitatiecommissie-ad-hoc.

**Artikel 16**  
Rapportage

- a. De ambtelijk secretaris stelt een eerste concept van het rapport op en verstuurt dit binnen 4 weken na de visitatie aan de leden van de visitatiecommissie-ad-hoc.
- b. De leden van de visitatiecommissie-ad-hoc sturen binnen 2 weken na ontvangst van het conceptrapport hun reacties aan de ambtelijk secretaris, die de eventuele amenderingen verwerkt.
- c. Het aldus ontstane conceptvisitatierapport wordt ter bespreking en vaststelling aan de Commissie Visitatie Longziekten gezonden.
- d. De door de Commissie Visitatie Longziekten in plenaire vergadering vastgestelde definitieve versie van het visitatierapport wordt namens de voorzitter van de commissie aan de geïnterviewde longartsen gezonden.
- e. De geïnterviewde longartsen ontvangen met het rapport tevens een gedateerd bewijs van deelname aan de kwaliteitsvisitatie.
- f. Binnen 4 weken na verzending van het visitatierapport bestaat voor de geïnterviewde longartsen de mogelijkheid het visitatierapport inhoudelijk van commentaar te voorzien. Indien de Commissie Visitatie Longziekten het commentaar gegrond acht, kan zij besluiten tot aanpassing van het rapport.

**E. ADVIEZEN, HERVISITATIE EN MELDING**

**Artikel 17**

- a. In het visitatierapport worden een samenvattende beoordeling en adviezen gegeven. Deze worden bij de volgende visitatie, na de reguliere periode van 5 jaar, geëvalueerd.
- b. De Commissie Visitatie Longziekten kan besluiten na een half jaar rapportage te verwachten als toetsingsmoment ten aanzien van adviezen die naar mening van de commissie op

**Tarceva<sup>®</sup>**  
verlengt  
de overleving



## Tarceva verlengt de overleving en verbetert de kwaliteit van leven bij niet-kleincellig longkanker

Met Tarceva (erlotinib) levert u een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van leven door het langer uitblijven van verergering van klachten als hoest, dyspneu en pijn.<sup>1,2,3,4</sup> Overlevingsvoordeel is aangetoond bij alle onderzochte subgroepen en is onafhankelijk van: eerdere behandeling, performance status, tumorhistologie (zoals adenocarcinoom of squameuze cel carcinoom), rookverleden, stadium, geslacht of ras.<sup>1,3</sup>

Tarceva is geïndiceerd voor behandeling van patiënten met lokaal gevorderd of gemetastaseerd niet-kleincellig longkanker na falen van tenminste één voorafgaand chemotherapie regime.<sup>1</sup> Tarceva is verkrijgbaar in tabletten van 150 mg, 100 mg en 25 mg en is vanaf 1 mei 2006 volledig vergoed. De aanbevolen dosering is 150 mg per dag.<sup>1</sup> Kijk op internet [www.tarceva.nl](http://www.tarceva.nl) voor meer informatie.

Verkorte samenvatting van de productkenmerken elders in dit blad.



Roche Nederland B.V. Postbus 44, 3440 AA Woerden  
Tel: 0348 - 438062, E-mail: [info@roche.nl](mailto:info@roche.nl), [www.roche.nl](http://www.roche.nl)



**Power to prolong survival**

- korte termijn dienen te worden opgevolgd.
- c. Indien bij visitatie wordt vastgesteld dat er sprake is van ernstige tekortkomingen in de organisatie of van professioneel disfunctioneren, kan de Commissie Visitatie Longziekten adviseren tot een (beperkte) hervisitatie binnen de reguliere periode van 5 jaar.
- d. In geval van hervisitatie zal in de regel niet worden afgeweken van voortzetting van reguliere visitatie om de 5 jaar. Een volgende reguliere visitatie na een hervisitatie mag dus verwacht worden 5 jaar na de vorige reguliere visitatie. Afwijken van deze regel kan alleen na met gegronde argumenten genomen besluit door de Commissie Visitatie Longziekten.
- e. Bij herhaaldelijk geconstateerde ernstige tekortkomingen in de organisatie of bij professioneel disfunctioneren kan de Commissie Visitatie Longziekten besluiten tot gedwongen begeleiding bij het verbeteren van de kwaliteit. De begeleidingsgroep zal dan bij voorkeur bestaan uit een multidisciplinaire groep specialisten uit de gevisiteerde kliniek. Dit zal slechts kunnen geschieden in goed overleg met, en dus met melding aan het Bestuur Medische staf en Raad van Bestuur van de betreffende ziekenhuisorganisatie. Ook het bestuur van de NVALT zal in dit geval worden geïnformeerd.
- f. In geval van zeer ernstige tekortkomingen of wanneer de Commissie Visitatie Longziekten (of de begeleidingsgroep, genoemd onder lid e) geen vertrouwen heeft in de levering

van veilige en kwalitatief verantwoorde zorg zal in overleg met het Bestuur van de NVALT dringend advies worden gegeven aan het Bestuur Medische Staf en Raad van Bestuur van de betreffende ziekenhuisorganisatie om melding te doen aan de Inspectie.

#### **F. VERWEER**

##### **Artikel 18**

- a. Binnen 4 weken na verzending van het (eventueel aangepaste) visitatierapport bestaat voor de gevisiteerde longartsen de mogelijkheid van een gemotiveerd verweer bij de Commissie Visitatie. In dat geval stelt de Commissie Visitatie Longziekten, gehoord de betrokkenen, en na bespreking in de plenaire vergadering, het rapport eventueel gewijzigd vast.
- b. Binnen 4 weken na definitief bericht van de CVL bestaat voor de gevisiteerde longartsen de mogelijkheid van een gemotiveerd verweer bij het bestuur van de NVALT open. In dat geval stelt het bestuur van de NVALT, gehoord de betrokkenen, het rapport eventueel gewijzigd vast.

#### **G. FINANCIËN**

##### **Artikel 19**

- a. De Orde van Medisch Specialisten voerde de van overheidswege verschafte financiering van de visitatie uit door uitbetaling van de visitatiegelden. Deze gelden zijn stop-

- gezet met ingang van 2007.
- b. Financiering zal vanaf 2007 plaatsvinden via het uit het normatief uurtarief (50 eurocent) geormerkte en gereserveerde kwaliteitsgeld.

#### **H. VERTROUWELIJKHEID / GEHEIMHOUDING**

##### **Artikel 20**

- a. Het visitatierapport heeft een vertrouwelijk karakter. Het is aan de gevisiteerde longartsen het visitatierapport al dan niet aan derden ter inzage te geven of te doen geven. Voor de leden van de visitatiecommissie-ad-hoc, de Commissie Visitatie Longziekten en het secretariaat van de NVALT geldt een zwijgplicht in deze. Bij een volgende visitatie zal het rapport ter hand worden gesteld aan de betreffende visitatiecommissie. Het rapport mag in geanonimiseerde vorm gebruikt worden voor analyse.
- b. De Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) ontvangt desgevraagd ter verificatie bericht van deelname aan de visitatie.

#### **I. OVERIGE BEPALINGEN**

##### **Artikel 21**

Dit reglement treedt in werking na goedkeuring door de ledenvergadering en vaststelling door het bestuur van de NVALT.

##### **Artikel 22**

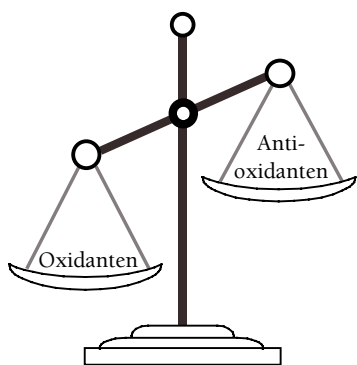
In situaties waarin dit reglement niet voorziet, beslist de Commissie Visitatie Longziekten in overleg met het Bestuur van de NVALT.

# Health effects of quercetin: from mechanism to nutraceutical

*Agnes Boot promoveerde op 21 december aan de Universiteit van Maastricht en is parttime werkzaam aan de de Universiteit Maastricht en parttime werkzaam aan de IUF in Dusseldorf*

## Inleiding

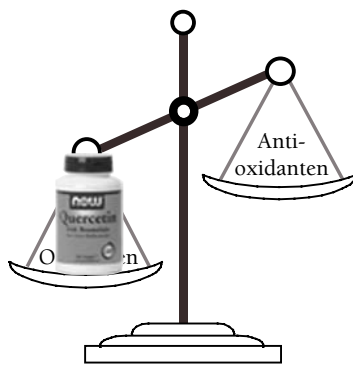
Aërobe levensvormen zijn geassocieerd met de vorming van reactieve zuurstof species (RZS) die schade kunnen berokkenen aan macromolekullen zoals vetten, eiwitten, DNA en RNA. Gelukkig beschikt het menselijk lichaam over een uitgebreid verdedigingsmechanisme tegen RZS-geïnduceerde schade. Dit verdedigingsmechanisme bestaat uit zogenaamde antioxidanten, ofwel moleculen die RZS en andere vrije radicalen kunnen neutraliseren. Om maximale bescherming te kunnen bieden werken anti-alsgevolg van of een te grote RZS productie of een afname van geschikte antioxidanten resulteert in een situatie die ook wel oxidatieve stress genoemd wordt. Oxidatieve stress kan daarom ook wel gedefinieerd worden als een disbalans tussen de productie van en de bescherming tegen RZS (Figuur 1).



Figuur 1: oxidatieve stress

Oxidatieve stress speelt een belangrijke rol in de fysiologie van verschillende chronische, ontstekingsgerelateerde ziektebeelden zoals sarcoidose. Behandeling met exogene antioxidanten zou dan ook raadzaam kunnen zijn om niet alleen deze optreedende oxidatieve stress, maar

hopelijk ook de bijbehorende symptomen van de diverse ziektebeelden te kunnen verminderen (Figuur 2). Dergelijke antioxidant therapie zou met name interessant zijn omdat de huidige behandeling van deze ziektebeelden met bijvoorbeeld glucocorticoiden soms niet volledig effectief blijkt te zijn. Een geschikte kandidaat voor antioxidant therapie zou de flavonoid quercetine, die bekend staat om zijn uitstekende antioxidatieve eigenschappen, kunnen zijn.



Figuur 2: effect van antioxidant therapie

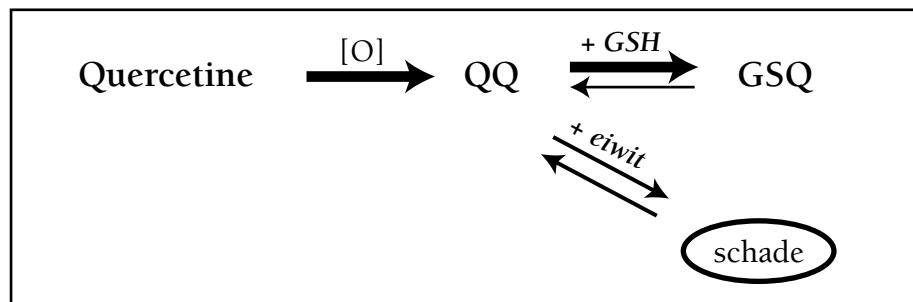
## Belangrijkste *in vitro* bevindingen

Allereerst hebben we in diverse *in vitro*

studies aangetoond dat catechol-bevattende antioxidanten zoals quercetine inderdaad uitstekend in staat zijn om RZS en andere vrije radicalen weg te vangen en op deze manier bescherming te bieden tegen oxidatieve schade aan bijvoorbeeld vetten, ook wel lipide peroxidatie genoemd. Tijdens het uitvoeren van deze antioxidant activiteit worden er echter diverse catechol oxidatieproducten gevormd, zoals bijvoorbeeld semiquinone radicalen en quinonen.

Het belangrijkste oxidatieproduct van quercetine is een ortho-quinone, weergegeven als QQ. QQ heeft vier tautomeren, te weten het ortho-quinone en drie quinone-methides. De reactie van QQ met twee van de meest belangrijke en veelvoorkomende antioxidanten, namelijk vitamine C and GSH, is nader onderzocht. Hierbij is gebleken dat vitamine C in staat is om QQ te recyclen tot zijn moederstof quercetine, terwijl de reactie van GSH met QQ juist leidt tot de vorming van 2 nieuwe producten, zogeheten glutathionyl adducten (GSQ). QQ reageert vele malen sneller met GSH dan met vitamine C. In afwezigheid van GSH zal QQ reageren met andere thiole, bijvoorbeeld van eiwitten, en ook deze reactie kan niet voorkomen worden door vitamine C.

Samengevat kan uit de *in vitro* data geconcludeerd worden dat GSH de belangrijkste reactant van QQ is (Figuur 3). Deze reactie zorgt voor de vorming van een adduct tussen QQ en GSH, ook wel GSQ



Figuur 3: de *in vitro* data laten zien dat GSH de belangrijkste reactant is van QQ



genoemd. GSQ is niet stabiel; het dissocieert snel tot GSH en QQ met een halfwaardetijd van 2 minuten. Deze resultaten indiceren dat, zolang de GSH concentratie hoog is, QQ gevangen zal worden in GSQ. Op deze manier beschermt GSH tegen QQ. Bij lage GSH concentraties zal het gedissocieerde QQ echter reageren met andere thiolgroepen, zoals bijvoorbeeld eiwit sulfhydryl groepen.

Om deze gevoelige balans tussen de beschermende effecten van quercetine en de mogelijk toxische effecten van zijn oxidatieproducten beter te kunnen definiëren, is het effect van dit flavonoid bestudeerd in een systeem dat dichterbij de *in vivo* situatie staat, te weten long epitheel cellen van een rat (RLE cellen). Quercetine was in staat om deze RLE cellen effectief te beschermen tegen RZS-geïnduceerde DNA schade, maar deze bescherming ging gepaard met een verhoging van markers van celtoxiciteit en celfunctie verlies. Oftewel, zelfs in levende longcellen is quercetine in staat om de ene vorm van toxiciteit uit te wisselen voor een andere, een fenomeen dat als de quercetine paradox wordt geïntroduceerd in het huidige proefschrift. Als gevolg van deze paradox wordt dan ook gesuggereerd dat tijdens het gebruik van antioxidant supplementie er rekening gehouden moet worden met de mogelijke toxiciteit van metabolieten, die gevormd kunnen worden tijdens de eigenlijke antioxidant activiteit van stoffen die vrije radicalen invangen zoals quercetine.

#### Belangrijkste *in vivo* bevindingen

Aangezien RZS en ontsteking geassocieerd zijn wordt regelmatig gesuggereerd

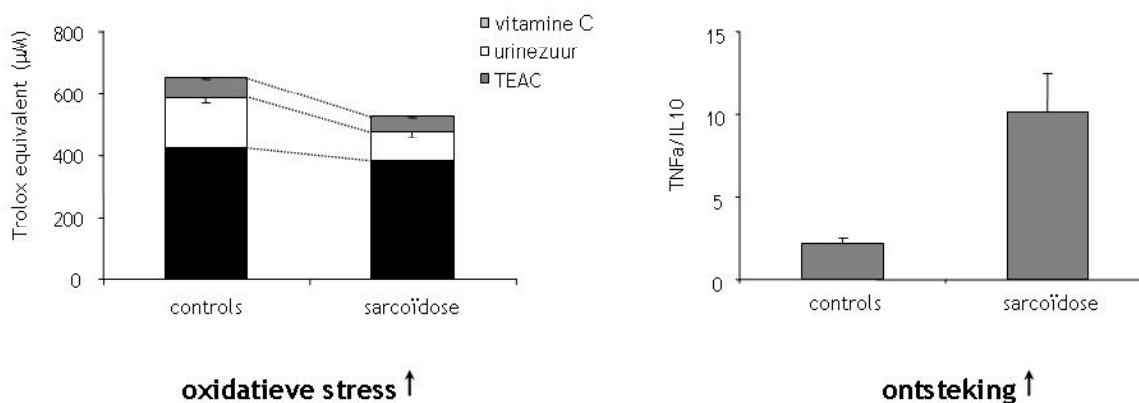
dat een antioxidant zoals quercetine, middels het invangen van RZS, ook in het bezit zou zijn van ontstekingsremmende eigenschappen. Daarom zijn allereerst de ontstekingsremmende effecten van fysiologisch haalbare quercetine concentraties onderzocht. Deze experimenten zijn uitgevoerd in het bloed van gezonde vrijwilligers om de *in vivo* situatie zoveel mogelijk na te bootsen. In deze experimenten is de cytokine productie opgewekt middels *ex vivo* toediening van lipopolysaccharide (LPS), een fysiologisch relevante stimulator van diverse immuuncellen zoals monocytten, neutrofielen en B lymfocyten. De resultaten laten zien dat quercetine in staat was om dosis-afhankelijk de *ex vivo* LPS-geïnduceerde productie van tumor necrosis factor  $\alpha$  (TNF $\alpha$ ), een belangrijke mediator van ontsteking, te remmen. Dit anti-TNF $\alpha$  effect van quercetine trad al op bij de fysiologisch bereikbare concentratie van 1  $\mu$ M. De *ex vivo* LPS-geïnduceerde interleukin (IL)-10 productie werd niet beïnvloed door quercetine.

Het *in vitro* anti-TNF $\alpha$  effect van quercetine liet een grote afhankelijkheid zien ten opzichte van de hoeveelheid TNF $\alpha$  geïnduceerd door LPS; hoe hoger het LPS-geïnduceerde TNF $\alpha$  niveau, des te hoger het remmende effect van quercetine op dit cytokine niveau. Deze bevinding impliceert dat het ontstekingsremmende effect van quercetine toeneemt met de mate van optredende ontsteking.

De *ex vivo* ontstekingsremmende effecten van het flavonoid zijn vervolgens nader bestudeerd middels een quercetine supplementie studie van vier weken in gezonde vrijwilligers, waarin gebruik

werd gemaakt van een quercetine-rijke fruitdrank (97 mg quercetine/dag). Deze supplementie verhoogde zowel de quercetine plasmaconcentratie als de totale plasma antioxidant capaciteit in de gezonde vrijwilligers, maar had geen effect op de basale (*in vivo*) of LPS-geïnduceerde (*ex vivo*) TNF $\alpha$  niveaus. Dit gebrek aan effect is waarschijnlijk te verklaren door de lage cytokine en hoge antioxidant niveaus van de gezonde vrijwilligers op het beginpunt (baseline), die aangeven dat er geen ontsteking of oxidatieve stress aanwezig is. Dit betekent dat quercetine supplementie niet nodig is bij deze vrijwilligers omdat er simpelweg geen schade aanwezig is die verminderd moet worden.

Om na te gaan of sarcoidose patiënten geschiktere kandidaten voor quercetine supplementie zijn dan gezonde vrijwilligers, is de antioxidant- en ontstekingsstatus van deze patiënten bepaald. Het bloed van sarcoidose patiënten vertoonde niet alleen een verlaagde totale plasma antioxidant capaciteit, maar ook verlaagde niveaus van de afzonderlijke endogene antioxidanten GSH, vitamine C en urinezuur. Bovendien waren de niveaus van de ontstekingsbevorderende cytokines TNF $\alpha$  en IL-8 verhoogd in het bloed van sarcoidose patiënten (Figuur 4). Het niveau van de ontstekingsremmende cytokine IL-10 was niet afwijkend in de sarcoidose patiënten ten opzichte van gezonde controles. Deze gevonden cytokine niveaus leidden ertoe dat de ratio's van de ontstekingsbevorderende versus -remmende cytokines TNF $\alpha$ /IL-10 en IL-8/IL-10, regelmatig gebruikte parameters van ontsteking, ook significant verhoogd waren in sarcoidose.



Figuur 4: In sarcoidose zijn markers van oxidatieve stress en ontsteking verhoogd



# Meer dan alleen

**nieuw**  
**geregistreerd**

Alleen Symbicort SMART® biedt dagelijks onderhoud én ‘zonodig’ gebruik in 1 Turbuhaler®. SMART is effectiever op exacerbatiereductie dan traditionele combinatie therapie<sup>1-7</sup>. Eenvoud en vertrouwen door een snel merkbaar effect en directe aanpak van de onderliggende ontsteking met iedere inhalatie<sup>1</sup>. Astma management wordt SMART.

## Astma management

SMART

Onderhoud



is veranderd

Symbicort Maintenance And Reliever Therapy

Symbicort<sup>®</sup>  
budesonide/formoterol

De *in vitro* ontstekingsremmende effecten van quercetine bleken bovendien veel sterker te zijn in het LPS-behandelde bloed van sarcoidose patiënten dan in dat van gezonde controles. Aangezien de LPS-geïnduceerde cytokine levels ook significant hoger waren in het bloed van deze patiënten, bevestigt deze bevinding het eerder verkregen *in vitro* resultaat dat het ontstekingsremmende effect van quercetine toeneemt met de mate van de optredende ontsteking.

De *in vivo* anti-oxidatieve en ontstekingsremmende effecten van quercetine in mensen die lijden aan zowel oxidatieve stress als ontsteking zijn onderzocht in een dubbelblinde quercetine suppletie studie (4x500 mg oraal binnen 24 uur) die is uitgevoerd met twee groepen niet-rokende, niet-behandelde sarcoidose patiënten. Deze quercetine suppletie verhoogde de antioxidant bescherming, zoals afgeleid kan worden uit de waargenomen verhoging in zowel de quercetine plasmaconcentratie als de totale plasma antioxidant capaciteit. Bovendien resulteerde de quercetine suppletie in een afname van malondialdehyde (MDA), een marker van oxidatieve schade aan vetten. Deze laatste bevinding suggereert dat het versterken van het endogene antioxidant netwerk middels quercetine suppletie inderdaad resulteert in meer bescherming tegen oxidatieve schade, veroorzaakt door reactieve species zoals

RZS. Tenslotte zorgde de quercetine suppletie ook voor een verlaging van zowel de basale (*in vivo*) als de LPS-geïnduceerde (*ex vivo*) ratio's van de ontstekingsbevorderende versus -remmende cytokines TNF $\alpha$ /IL-10 en IL-8/IL-10 (Figuur 5).

Een interessant gegeven is dat zowel de anti-oxidatieve als de ontstekingsremmende effecten van quercetine beduidend sterker leken te zijn wanneer het niveau van respectievelijk de oxidatieve stress of de ontsteking hoger was op het beginpunt (baseline). Deze waargenomen correlatie suggereert dat positieve effecten van antioxidant suppletie inderdaad met name verwacht kunnen worden in mensen met verhoogde oxidatieve stress, zoals bijvoorbeeld patiënten die lijden aan een ziekte waarvan de pathologie geassocieerd is met dit proces. Bovendien ondersteunt deze bevinding de hypothese dat gezonde mensen zonder oxidatieve stress minder baat zullen hebben bij antioxidant suppletie.

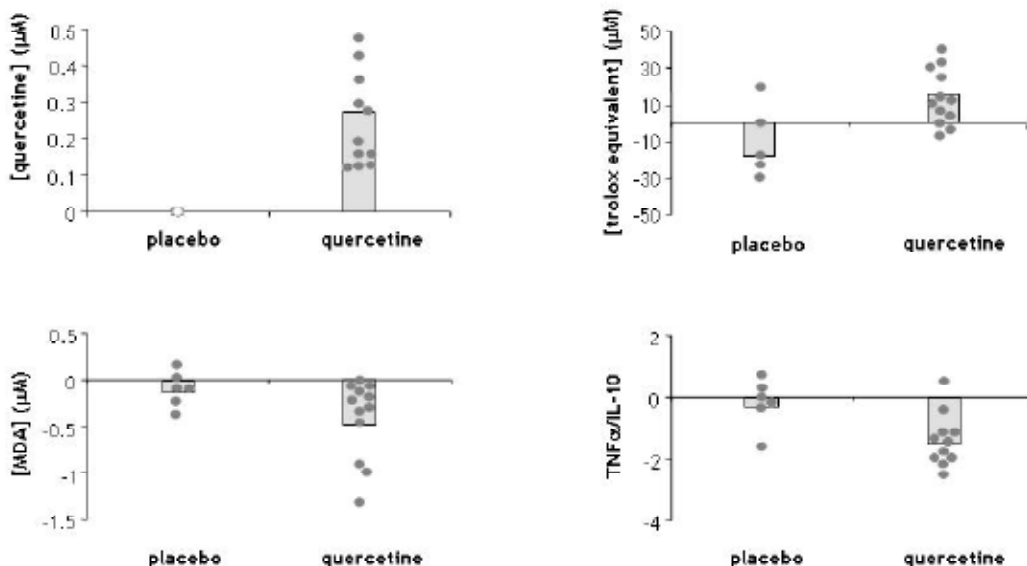
Interessant genoeg had de quercetine suppletie in beide klinische studies geen invloed op de endogene GSH niveaus. Deze bevinding impliceert slechts een beperkt effect van mogelijke thiolreactieve oxidatieproducten in de gebruikte doseringschema's van beide studies, een gegeven dat reeds voorspeld had kunnen worden op basis van de relatief lage quercetine

plasmaconcentraties die in beide studies bereikt zijn (respectievelijk 0.05 en 0.27 mM) in vergelijking met de hoge cellulaire GSH concentraties (1 tot 10 mM). Klaarblijkelijk zal quercetine suppletie alleen tot QQ-geïnduceerde toxiciteit leiden als, ten gevolge van verhoogde oxidatieve stress, substantiële hoeveelheden QQ gevormd zullen worden en zullen accumuleren terwijl de GSH niveaus aanzienlijk verlaagd zijn. Met andere woorden, QQ-geïnduceerde toxiciteit als gevolg van quercetine suppletie zal met name verwacht worden als gedurende een langere periode relatief hoge doses toegediend zullen worden aan mensen die lijden aan ernstige oxidatieve stress.

Conclusie

De flavonoid quercetine is een uitstekende antioxidant die tevens ontstekingsremmende capaciteiten bezit. De anti-oxidatieve eigenschappen van quercetine kunnen afgeleid worden uit het feit dat het flavonoid zowel *in vitro* als *in vivo* bescherming biedt tegen RZS-geïnduceerde oxidatieve schade aan vetten. De ontstekingsremmende capaciteiten van het flavonoid worden zowel *in vitro* als *in vivo* aangetoond door zijn remmende effect op twee markers van ontsteking, te weten TNF $\alpha$ /IL-10 en IL-8/IL-10.

Een interessant gegeven is dat zowel de anti-oxidatieve als de ontstekingsremmende effecten van quercetine bedui-



Figuur5: Quercetine suppletie verlaagt markers van oxidatieve stress en ontsteking in sarcoidose



dend sterker blijken te zijn als de basale niveaus van respectievelijk de aanwezige oxidatieve stress of ontsteking hoog zijn. Deze bevinding suggereert dat het gebruik van quercetine suppletie met name vruchtbaar zal zijn bij mensen die lijden aan een ziektebeeld dat geassocieerd is met beide processen zoals bijvoorbeeld sarcoidose.

Tijdens het invangen van vrije radicalen wordt quercetine geoxideerd en ontstaan er mogelijk toxische oxidatieproducten. Het meest belangrijke oxidatieproduct van quercetine is het ortho-quinone, weergegeven als QQ. QQ is uitermate thiol reactief en kan door haar reactie met eiwit thiolen leiden tot functieverlies van verscheidene belangrijke enzymen. Vandaar dat er tijdens *in vivo* quercetine suppletie aandacht besteed moet worden aan de mogelijke toxiciteit van zijn metaboliëten. Tijdens onze twee suppletie studies zijn er geen tekenen van toxiciteit waargenomen. Bij een chronische aandoening zoals sarcoidose zal suppletie echter over een veel langere periode moeten plaatsvinden. De veiligheid, verdraagzaamheid en effectiviteit van quercetine gebruik op de lange termijn moeten daarom nog nader worden vastgesteld.

#### Implicaties en verder onderzoek

Het onderzoek beschreven in dit proefschrift suggereert duidelijk dat *in vivo* quercetine suppletie anti-oxidatieve en ontstekingsremmende effecten kan hebben in mensen die lijden aan een aandoening die geassocieerd wordt met beide processen zoals bijvoorbeeld sarcoidose. Echter, er is slechts een relatief klein aantal patiënten geïncludeerd in onze studie en de uitgevoerde metingen behelzen alleen biomarkers van oxidatieve stress en ontsteking. Bovendien is het nog steeds onzeker of deze anti-oxidatieve en ontstekingsremmende effecten van het flavonoid uiteindelijk ook zullen leiden tot een afname van de klinische symptomen, zoals een aangetaste longfunctie en verlaagde energieniveaus. Daarnaast zijn er tot op de dag van vandaag nog geen data beschikbaar omtrent de veiligheid van het lange termijn gebruik van hoge doseringen antioxidanten zoals quercetine, terwijl bij een chronische ziekte als sarcoidose een dergelijk gebruik wel verwacht kan worden. Vandaar dat een grotere quercetine suppletie studie uitgevoerd zou moeten worden bij sarcoidose patiënten om (i) onze resultaten te bevestigen, (ii) het effect van quercetine

op diverse klinische parameters van sarcoidose te meten en (iii) de veiligheid van een dergelijke suppletie in kaart te brengen.

Tenslotte dient ook opgemerkt te worden dat sarcoidose een multi-systemische aandoening is die zich kan manifesteren door het hele lichaam en daarbij diverse cascades kan beïnvloeden. Het is daarom ook niet verwonderlijk dat de huidige behandeling van sarcoidose met alleen ontstekingsremmende middelen, zoals bijvoorbeeld glucocorticoiden, niet volledig effectief blijkt te zijn. Betere resultaten zijn daarentegen te verwachten van een multi-factoriële behandeling die de diverse aspecten van sarcoidose zou kunnen aanpakken. Quercetine bevat naast de hierboven beschreven anti-oxidatieve en ontstekingsremmende eigenschappen ook anti-fibrotische, anti-coagulatieve en anti-proliferatieve capaciteiten. Een interessant gegeven is dat dergelijke activiteiten ook geassocieerd zijn met een effectieve behandeling van sarcoidose. Met andere woorden, quercetine is wellicht zelfs een geschiktere kandidaat voor de behandeling van sarcoidose dan op basis van de resultaten gepresenteerd in dit proefschrift al verwacht zou kunnen worden.

# Radiotherapie en Cisplatin

*Resultaten van gecombineerde behandeling bij het niet-kleincellig longcarcinoom  
Samenvatting Proefschrift dr. A.L.J. Uitterhoeve, Universiteit van Amsterdam*

In dit proefschrift wordt de ontwikkeling beschreven van behandeling met chemo-radiotherapie bij patiënten met een lokaal uitgebreid, inoperabel stadium van een niet-kleincellig longcarcinoom. Uitgangspunt werd gevormd door de resultaten van EORTC studie 08844. In dit onderzoek werd aangetoond dat het toevoegen van dagelijks of wekelijks cisplatin aan de radiotherapie de behandelingsresultaten verbeterde. De beste resultaten werden gezien bij combinatie van een dagelijkse dosis cisplatin van 6 mg/m<sup>2</sup> met de radiotherapie. Hierdoor verbeterde de lokale controle en daardoor de overleving bij patiënten met een lokaal uitgebreid, inoperabel stadium van een niet-kleincellig longcarcinoom. In de beste arm van de studie was de 2- en 3-jaars overleving respectievelijk 25 % en 16%. Na 2 jaar was 55 % van de patiënten vrij van lokaal recidief. Dit effect werd verklaard als gevolg van het radio-sensitizerend effect van cisplatin, mogelijk ten gevolge van een verminderd herstel van sublethale bestralings-schade in tumorcellen. Als bijwerking werd alleen een toename van ernstige maag-darm toxiciteit gezien, die kon worden toegeschreven aan het systemische effect van cisplatin.

De op dit onderzoek geleverde kritiek betrof de lage dosering van de bestraling en de lange behandelingsperiode. De gegeven bestralingsdosis was 55 Gray (Gy), toegediend in 20 fracties, en de overall behandelingsduur was 7 weken ten gevolge van een rustpauze halverwege de bestraling van 3 weken.

In verschillende fase II onderzoeken bleek uiteindelijk dat de dosis radiotherapie kon worden verhoogd tot 66 Gy, gegeven in 24 fracties in een overall behandelingsduur van 5 weken. De totale dosis cisplatin kon worden verhoogd naar 144 mg/m<sup>2</sup>, toegediend in 24 dagelijkse giften (tabel 1).

Als eerste is onderzocht of een dosering radiotherapie van 60 Gy, toegediend in 20 fracties in een overall behandelingsduur van 26 dagen goed verdragen wordt.

De conclusie van dit onderzoek was dat dit behandelingschema alleen toegepast kon worden als de lengte van de slokdarm bestraald tot 40 Gy (2 Gy per dag) maximaal 16 cm bedroeg. De gemiddelde lengte van de slokdarm die een dosis van 60 Gy kreeg was 9.5 cm, dit bleek een veilige dosis op dit volume. Ernstige longbeschadiging was zeldzaam (6%). De 2-jaars overleving bedroeg 36%, de kans op lokale tumorcontrole met 2 jaar 45%.

Vervolgens is gekeken of verkorting mogelijk was van de overall behandelingsduur van 47 dagen (7 weken) uit EORTC studie 08844 naar 26 dagen (4 weken). De toegediende dosis radiotherapie bleef 55 Gy, de dagelijkse en totale dosis cisplatin bleef ook hetzelfde, namelijk 6 mg/m<sup>2</sup> per dag en totaal 120 mg/m<sup>2</sup>.

De lengte van de te bestralen slokdarm werd beperkt. Een dosis van 40 Gy mocht gegeven worden op een maximale lengte van 16 cm, een dosis van 55 Gy op een maximale lengte van 11 cm. Ernstige acute ontstekingsverschijnselen van de slokdarm werden gezien bij 8 % en ernstige late verschijnselen bij 5% van de patiënten, ernstige verschijnselen van longontsteking t.g.v. de bestraling bij 5 % van de patiënten.

De 2-jaars overleving bedroeg 25 %, 40 % van de patiënten was na 2 jaar nog vrij van lokaal recidief.

Daarna is onderzocht of de dosis radiotherapie verhoogd kon worden van 55 naar 66 Gy, en de dosis chemotherapie van 120 mg/m<sup>2</sup> cisplatin naar 144 mg/m<sup>2</sup> (EORTC studie 08912). Voor bestraling van de slokdarm werden dezelfde beperkingen toegepast als beschreven in hoofdstuk drie. Ernstige acute slokdarmontsteking werd gezien bij 5% van de patiënten, ernstige late slokdarmontsteking bij 3%; ernstige bestralings-gerelateerde longontsteking werd niet gezien. Bij 70 % van de patiënten werd geen ernstige late toxiciteit van de behandeling waargenomen. De 2-jaars overleving bedroeg 40 %, bij 58% van de patiënten werd na 2 jaar geen

lokaal recidief gezien. Deze behandelingsresultaten waren relatief goed, zowel wat betreft de overleving als wat betreft het toxiciteits-profiel. Daarom werd besloten dat deze behandeling een van de armen zou worden voor een toekomstig fase III onderzoek.

Vervolgens zijn de resultaten beschreven van een gerandomiseerd fase III onderzoek (EORTC 08972/22973). Hierin is sequentiële chemo-radiatie vergeleken met concurrente behandeling.

De sequentiële behandeling heeft theoretisch het voordeel dat eventuele microscopische tumor haarden, verspreid in het lichaam, in een vroeg stadium worden "aangevallen", en dat de tumor in de long bij het begin van de bestraling kleiner is geworden.

Het nadeel is de langere overall behandelingsduur, waardoor de tumor opnieuw uit kan groeien.

Als de chemotherapie en radiotherapie gelijktijdig gegeven worden is de overall behandelingsduur beperkt. Een nadeel is, dat de bijwerkingen van de behandeling heftiger kunnen zijn, met name van de slokdarm.

De controlegroep werd gevormd door patiënten behandeld volgens het schema van EORTC studie 08912. Patiënten in de experimentele arm werden behandeld met twee kuren cisplatin en gemcitabine, waarna bestraling volgde gelijk aan de bestraling in de controle-arm doch zonder dagelijks cisplatin. In EORTC studie 08955 bleek bij patiënten met een lokaal uitgebreid niet-kleincellig longcarcinoom behandeling met 3 kuren cisplatin en gemcitabine een response kans van 70-80% te geven en dit kon gecombineerd worden met hoge dosis radiotherapie (60 Gy) na een rustpauze van 4 weken. Deze combinatiebehandeling was niet eerder onderzocht in een fase III studie.

De EORTC studie 08972/22973 moest voortijdig worden afgebroken i.v.m. onvoldoende deelname. Daarom kon geen antwoord gegeven worden op de vraag welke behandeling beter was, sequentiële of



**≤ 4 jaar**

*Qvar inhalator met AeroChamber Plus™ met masker 100 µg 2 dd 1 puff*

**Combinatieverpakking volledig vergoed**



**> 4 ≤ 6 jaar**

*Qvar inhalator met AeroChamber Plus™ met mondstuk 100 µg 2 dd 1 puff*

**Combinatieverpakking volledig vergoed**



**> 6 jaar**

*Qvar Autohaler 100 µg 2 dd 1 puff*

**Autohaler™**

**Nu opgenomen in de NHG-Standaard 'Astma bij kinderen'**

Startdosering Qvar Extrafijne Aërosol en de keuze van inhalatievorm voor behandeling van astma bij kinderen conform de NHG-Standaard 'Astma bij kinderen'

gelijktijdige chemo-radiatie. Beide behandelingen bleken resultaten te geven vergelijkbaar met andere fase III studies waarin sequentiële met gelijktijdige chemo-radiatie werd vergeleken, doch waarin andere chemo- en andere radiotherapie werd toegepast (tabel 2). De 2- en 3-jaars overall overleving bedroeg respectievelijk 33-36% en 22-34%. De kans op lokale controle was 54-57%. Ernstige acute bestralingsoesofagitis trad meer op in de arm met gelijktijdige chemo-radiatie, nl 17% versus 5%. Een ernstige late slokdarmreactie trad op bij 4% van de patiënten in beide groepen. Ernstige bestralings-geïnduceerde longontsteking trad op bij 14-15% van de patiënten zonder verschil tussen beide behandelingsvormen.

De toepassing in de dagelijkse klinische praktijk van de behandelingsschema's uit EORTC studie 08972/22973 is onderzocht in een retrospectief onderzoek van behandelingsresultaten op de afdeling radiotherapie in het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam. De behandelingsresultaten waren vergelijkbaar met die van de EORTC trial; ook bleek de gelijktijdige radio-chemotherapie goed verdragen te worden door patiënten ouder dan 70 jaar.

**Algemene conclusies**

1. Bij patiënten met een inoperabel, lokaal uitgebreid niet-kleincellig longcarcinoom heeft intensivering van gelijktijdig gegeven radio- en chemotherapie, bestaande uit 55 Gy/20 fracties/47 dagen gecombineerd met 120 mg/m<sup>2</sup> cisplatin, naar 66 Gy/24 fracties/32 dagen gecombineerd met 144 mg/m<sup>2</sup> cisplatin geleid tot een verbetering van de 3 jaars overleving van 16% naar 34%.
2. Sequentiële chemo-radiatie bestaande uit 2 kuren cisplatin en gemcitabine gevolgd door radiotherapie 66 Gy/ 24 fracties/32 dagen leidt tot resultaten die vergelijkbaar zijn met resultaten van gelijktijdig gegeven chemo-radiatie in fase II en fase III onderzoeken waarbij standaard doseringen chemotherapie worden gebruikt. Een eventueel verschil valt niet uit te sluiten wanneer studies met grotere aantallen patiënten mogelijk zijn.
3. Toepassing als standaardbehandeling van gelijktijdig gegeven hoge doserin-

gen radiotherapie met dagelijks een lage dosis cisplatin bij patiënten met een lokaal uitgebreid niet-kleincellig longcarcinoom op de afdeling Radiotherapie in het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam leidt tot uitkomsten, vergelijkbaar met de resultaten van EORTC studie 08972/22973.

4. Gelijktijdig toegediende radio- en chemotherapie bestaande uit 66 Gy/24 fracties/32 dagen gecombineerd met dagelijks cisplatin 6 mg/m<sup>2</sup> is een actief behandelingsschema met een lage kans op hematologische, cardiale of renale toxiciteit en met resultaten die wat betreft overleving en lokale tumorcontrole vergelijkbaar zijn met resultaten van gelijktijdige chemo-radiatie met standaard (hogere) doseringen chemotherapie. Dit schema is daarom geschikt voor oudere patiënten, voor patiënten met co-morbiditeit en is geschikt voor toekomstige studies over combinaties met biological response modifiers.

Tabel 1

Overleving (%) van patienten behandeld met radiotherapie en gelijktijdige chemotherapie (cisplatin 6 mg/dag/m<sup>2</sup>)

	1 yr	2 yr	3 yr
EORTC 08844	54	25	16
60 Gy/20 fx/4 wkn	65	25	
EORTC 08912	53	40	
EORTC 08972	56	36	34
AMC	56	30	28

Tabel 2

Gepubliceerde fase III studies, waarbij gelijktijdige (C) chemo-radiotherapie vergeleken wordt met sequentiële (S)

Auteur	N	1-yr OS %		2-yr OS %	
		C	S	C	S
Furuse 1999	320	65	56	37	29
Curran. 2003	402	63	57	37	31
Zatloukal 2004	102	69	53	34	14
Fournel 2005	205	56	56	35	23
EORTC 08972	158	56	69	39	34

OS: overall survival



## Hoe gaan we door?

Het getuigt van wijsheid, passend bij een honderdjarige, als de NVALT zichzelf tegen het licht houdt en zich afvraagt of de longgeneeskunde aan de hedendaagse verwachtingen voldoet en in voldoende mate is meegegaan met de maatschappelijke ontwikkelingen.

Het getuigt van lef dat Piet Postmus de knuppel in het hoenderhok heeft gegooid met zijn bijdrage aan de Pulmopen-column 'Gaan we zo door?' (Pulmoscript jaargang 17, nr. 1 pag. 31). Dat hij hiermee een gevoelige snaar heeft geraakt is duidelijk en de reactie van Kees Jansveld in Pulmoscript van juli jl. zal velen uit het hart gegrepen zijn. De vraag of de NVALT in voldoende mate is meegegroeid met de maatschappelijke ontwikkelingen vraagt een intensieve discussie. De belangrijkste vraag hierbij is of de longarts goede patiëntenzorg aanbiedt volgens hedendaagse normen en of de NVALT een adequate bijdrage levert aan de verdere ontwikkeling van het specialisme.

Het is een gevolg van welvaart en een kenmerk van deze tijd dat de kwaliteit van de zorg voor eenieder zichtbaar wordt door het vastleggen van allerlei indicatoren niet alleen door professionals onderling en zorginstellingen, maar ook door de inspectie voor de gezondheidszorg en patiënten-/ cliëntenorganisaties. De NVALT heeft het kwaliteitsdenken al vele jaren hoog op de agenda, zoals blijkt uit het ontwikkelen van standaarden, richtlijnen en transmurale afspraken en controleert zij met kwaliteitsvisitaties het werk in de praktijk.

Het is wel zaak om telkens na te gaan of richtlijnen en kwaliteitsparameters aansluiten op de snel veranderende verwachtingen van het maatschappelijke veld. De indicatoren moeten representatief zijn en eenvoudig en betrouwbaar te meten, waardoor een relevant beeld van de kwaliteit van het zorgproces ontstaat en onderlinge vergelijking van praktijken mogelijk wordt. Dit lukt redelijk als het gaat om een aandoening, die vrijwel volledig binnen het werkerrein van de longarts plaatsvindt. Een stuk moeilijker wordt het als we het over patiënten hebben, waarbij de behandeling van de long-

arts slechts een onderdeel vormt van de zorgketen die de patiënt tijdens zijn ziekenhuisbehandeling doorloopt.

Een voorbeeld hiervan is de longchirurgie, waarbij naast de longarts anderen betrokken zijn, zoals longchirurg, anesthesioloog en intensivist.

De buitenwereld wil nu weten of de verantwoordelijkheden in hele keten goed zijn geregeld en of deze in voldoende mate in afspraken zijn vastgelegd. Het vraagt nogal wat van medische specialisten om met elkaar verantwoordelijkheden te delen en te stroomlijnen. Soms lijkt het er op dat, hoe groter het ziekenhuis is, hoe moeilijker dit proces te regelen is. Speelt ook nog het gegeven, dat in grotere ziekenhuizen vaak complexere patiënten behandeld worden, waardoor de zorgketen steeds groter en ingewikkelder wordt.

Hoe staat het eigenlijk met de transparantie van onze resultaten? Kunnen we de operatie mortaliteit van de longchirurgie onderling vergelijken tussen centra en worden hier conclusies aan verbonden over waar al dan niet geopereerd wordt? Het wordt hoog tijd dat wij vervolgstappen zetten in deze ontwikkeling. We kunnen dit het beste als beroepsgroep realiseren en ons daarbij toetsbaar opstellen voor de eerder genoemde organisaties als inspectie voor de gezondheidszorg en patiënten-/cliënten organisaties. In diverse studies is duidelijk gemaakt dat de mortaliteit van chirurgische ingrepen lager wordt indien er per operateur in een ziekenhuis meer ingrepen worden uitgevoerd. Wordt dit als NVALT in voldoende mate onderkend en verbinden we hieraan conclusies? Kunnen we dan wij aantallen voor minimale praktijkomvang benoemen, maken we behandelresultaten in voldoende mate zichtbaar aan de buitenwereld? En zorgen we ervoor dat de patiënt als consument het centrum kan kiezen waar hij de beste behandeling mag verwachten? Kunnen we over ons eigen ego heen stappen en verwijzen wij de patiënt naar het beste centrum voor zijn ziekte?

Terecht maakt Postmus hieromtrent een opmerking met betrekking tot de behandeling van pulmonale hypertensie, het is

evenzo van toepassing op allerlei andere ziekten, zoals tuberculose, cystic fibrosis, en interstitiële pulmonale fibrose.

We zullen met elkaar de goed functionerende centra moeten identificeren om door te verwijzen naar collegae om de patiënt de beste zorg te bieden.

Of de longgeneeskunde als zelfstandig specialisme moet worden opgeheven en of de longarts verder moet gaan als internist met als aandachtsgebied longziekten is wat mij betreft niet aan de orde. Het belangrijkste is dat een longarts dé medisch expert is én blijft op zijn vakgebied en over vaardigheden beschikt om als een goede dokter te functioneren en in teamverband kan werken. Dit vraagt om een goede opleiding en het vermogen om zelfreflectie. Dit levert mijns inziens geen argumenten om te veronderstellen dat een dergelijke opleiding beter tot zijn recht komt als onderdeel van een grotere en bredere opleiding zoals die in de interne geneeskunde. Het lijkt mij eerder voor de hand liggen dat binnen de huidige setting voor de opleiding, georganiseerd door de NVALT, de opleiding tot longarts optimaal vorm kan worden gegeven, waarbij in voldoende mate inbreng is van deskundigen op andere terreinen.

In een zelfstandig specialisme kan de NVALT de kwaliteit en de positie van de longarts beter bewaken dan door verdunning in een groter verband. Het begrip longarts staat als een huis en dat blijft zo, als we er maar alles voor over hebben om kwaliteit te leveren.

Het verder ontwikkelen van het specialisme vraagt een goed functionerende NVALT, die haar rol als wetenschappelijke vereniging nadrukkelijk waarmaakt. Het verwachte leiderschap van het bestuur van de NVALT. Leiderschap dient uit te gaan van een visie op alle terreinen van de longgeneeskunde, te weten patiëntenzorg, onderwijs en opleiding en wetenschappelijk onderzoek. Hebben we met elkaar een strategische visie en plan op deze terreinen? Leiders dienen visionair voorop te lopen, doelen te benoemen en resultaten te realiseren in samenspraak met de beroepsgroep. Een dergelijk leiderschap

is van groot belang voor de kwaliteit van het specialisme, waarvan het belang de belangen van afzonderlijke leden dient en daarmee die van de patiënt. De afgelopen jaren heb ik in diverse bestuurlijke functies mogen ervaren dat sommige professionals moeite hebben met het erkennen van het algemeen maatschappelijke en organisatiebelang en dat zij dit hoe dan ook ondergeschikt willen maken aan hun direct persoonlijke belang, waarbij ze niets schuwen om hun persoonlijk doel te realiseren. Het bestuur van de NVALT zal krachtig leiderschap moeten tonen in een veld met allerlei belangentegenstellingen. Aangezien het richting geven aan de kerntaken van de NVALT vraagt om voldoende inhoudelijke kennis en commitment van de leden, zal het bestuur uit longartsen moeten bestaan met bestuurlijke kwaliteiten. Het is noodzakelijk dat longartsen met deze vaardigheden bereid zijn zich beurtelings beschikbaar te stellen voor het invullen van deze functies. Naar mijn mening zijn er in het land voldoende longartsen die hiervoor geschikt zijn en bestuurlijke competenties hebben of willen ontwikkelen. Het is geen heilzame ontwikkeling als de NVALT opgaat in een grotere wetenschappelijke verenging met "professionele" bestuurders. Dit leidt tot een verdunning van de inhoudelijke deskundigheid met een slecht resultaat voor de longgeneeskunde, zowel voor de zorgverleners als zorgverleners.

Met betrekking tot het wetenschappelijk onderzoek ben ik niet zo positief als Dekhuijzen en Jansveld (Pulmoscript jaargang 17 nr. 1 en 2). Terecht meldt Dekhuijzen dat Nederland een uitstekende naam heeft op het gebied van wetenschappelijk onderzoek van de longgeneeskunde en dat diverse onderzoeksgroepen vooraanstaand onderzoek uitvoeren en in toptijdschriften publiceren. Als we echter kijken naar de bibliometrische analyse van de wetenschappelijke output van de UMC's, die is uitgevoerd door de NFU (Nederlandse Federatie van UMC's), dan mag gesteld worden dat het aantal publicaties met betrekking tot de respiratie binnen het totaal van publicaties op het gebied van de medische wetenschappen achterblijft, zeker als gelet wordt op de maatschappelijke betekenis van longaandoeningen. De laatste bibliometrische analyse van de NFU over acht jaren, van 1998 tot en met 2005, laat zien dat het relatieve aantal publicaties op het gebied van "respiratory systems", 1,5% is op een jaarlijkse productie van de UMC's van 7500 artikelen en dat de citatiescore landelijk achterblijft ten opzichte van het gemiddelde van de UMC's. De citatiescore van pulmonale publicaties bedraagt 1,28 en het gemiddelde van publicaties over alle gebieden is 1,40. Dit zijn gemiddelde getallen voor Nederland waarbij de productie en citatiescores per UMC verschillen. Enkele

goede onderzoeksgroepen daar gelaten, valt er nog heel wat aan ons wetenschappelijk onderzoek te verbeteren.

Bekend is dat excellent onderzoek afhankelijk is van focus en massa.

Scherper geselecteerde onderzoeksthema's en grotere onderzoeksprogramma's rond een thema leveren betere resultaten op. Financiers van wetenschappelijk onderzoek gaan zich steeds meer richten op samenwerkingsverbanden waarmee de uitgangspunten van focus en massa worden gediend. Verbeteringen in deze vraag om intensievere samenwerking en afstemming tussen centra. Alleen dit zal resultaten kunnen opleveren waarmee de positie van de longeneeskunde gediend is.

De NVALT zal hoe dan ook een betere samenwerking tussen de onderzoeksgroepen moeten stimuleren. Ook hier geldt dat samenwerken belangrijker is dan het eigen belang van niet samenwerkende onderzoeksgroepen. Natuurlijk is het zo dat er al samengewerkt wordt, maar het kan duidelijk beter.

Voor de voortgang van deze discussie ben ik benieuwd naar de visie van Paul Bresser, die als wetenschappelijk secretaris verantwoordelijk is voor de portefeuille wetenschappelijk onderzoek binnen het NVALT bestuur.

*Kees van Herwaarden*

# Denk niet te luchtig over COPD

Help uw patiënten alles uit hun longen te halen



Fietsen, traplopen, boodschappen doen: deze alledaagse activiteiten zijn voor patiënten met COPD moeilijk of zelfs helemaal niet meer te doen. Hun longen en luchtwegen werken niet goed meer, waardoor ze het snel benauwd krijgen. COPD is helaas niet te genezen, maar u kunt uw patiënten wél helpen om de gevolgen zo veel mogelijk te beperken. U kunt dit doen door ze bijvoorbeeld een heldere uitleg te geven over AirTrapping, één van de klachten van COPD. Juist gebruik van medicatie, meer bewegen en stoppen met roken kan de neerwaartse spiraal die AirTrapping veroorzaakt doorbreken. Motiveer uw patiënten en wijs ze op [www.luchtpunt.nl](http://www.luchtpunt.nl): een informatieplatform met concrete tips om meer lucht te krijgen. Zo helpt u COPD-patiënten om activiteiten beter te kunnen blijven uitvoeren.

[www.luchtpunt.nl](http://www.luchtpunt.nl)

# Instituut Asbestslachtoffers zoekt versnelling medisch traject

*Het Instituut Asbestslachtoffers (IAS) heeft sinds haar oprichting in 2000 meer dan 2500 aanvragen voor bemiddeling ontvangen van asbestslachtoffers en nabestaanden. Wegens de snelle progressie van de ziekte maligne mesotheliom dient de bemiddeling door het instituut binnen zo kort mogelijke tijd te worden afgerond. Daarom is het belangrijk dat de nauwe samenwerking met de medische sector verder wordt geïntensiveerd en dat alle mogelijkheden worden benut om het medisch traject te versnellen, zonder dat dit ten koste gaat van de zorgvuldigheid. Longartsen zijn een belangrijke schakel in dit proces.*

## Geschiedenis

De Romeinen lieten alleen slaven werken in hun asbestmijnen. Zij wisten al dat het niet goed was voor de gezondheid om aan asbest blootgesteld te worden. Al heel lang is dus bekend dat asbest schadelijk is voor de gezondheid. Desondanks duurde het tot 1993 voordat gebruik van asbest in Nederland volledig verboden werd. In Nederland zijn naar schatting 340.000 mensen op het werk met asbest in aanraking gekomen. Naar schatting 4 procent van hen zal overlijden aan de ziekte maligne mesotheliom. Deze ziekte openbaart zich gemiddeld 30 tot 40 jaar nadat de asbestblootstelling heeft plaatsgevonden. Het merendeel van de slachtoffers overlijdt binnen een jaar na de eerste verschijnselen. De groep bestaat grotendeels uit mannen en tweederde is boven de 65 jaar. Verwacht wordt dat in 2025 in Nederland meer dan 12.000 mensen aan mesotheliom zijn overleden. Momenteel zijn dat er zo'n 400 per jaar.

## Waarom een instituut voor asbestslachtoffers met mesotheliom?

De piek in het asbestgebruik in de jaren 60 en 70 leidde tot een sterke toename van het aantal patiënten met maligne mesotheliom in de jaren 90 en tot een groot aantal claims tegen werkgevers bij

wie de blootstelling had plaatsgevonden. Helaas kwam de rechter meestal pas na het overlijden van het slachtoffer tot een uitspraak. Deze 'juridische lijdensweg' werd door de SP opgemerkt die in actie kwam. Dit leidde tot de oprichting van het IAS op 26 januari 2000 door werkgevers, verzekeraars, werknemers en de overheid. Met de komst van het IAS kwam er tegelijkertijd een financiële regeling van de overheid (TAS) voor slachtoffers met een verjaarde claim of een anderszins niet verhaalbare verandering. Vooral nog reikt de bemiddeling uitsluitend tot (ex-)werknemers en huisgenoten met de ziekte maligne mesotheliom. Een regeling voor alle slachtoffers met deze ziekte, dus ook milieuslachtoffers, is momenteel in voorbereiding. Het IAS is een onafhankelijke stichting die gefinancierd wordt door werkgevers, verzekeraars en de overheid. De bemiddeling is gratis voor de slachtoffers.

## Hoe werkt het IAS?

Snelle en zorgvuldige bemiddeling tussen (ex-)werknemers met de ziekte maligne mesotheliom en hun (ex-)werkgevers is de missie van het IAS. Dit bereiken we door nauwe samenwerking met de behandelende sector, vooral de longartsen en pathologen en door het hanteren van vaste vergoedingen en protocollen voor het medisch en arbeidshistorisch onderzoek. Deze onderzoeken starten gelijktijdig direct na ontvangst van de aanvraag. Aan het Nederlands Mesotheliomen Panel (NMP) wordt bevestiging gevraagd van de diagnose maligne mesotheliom. In geval van twijfel wordt een herbeoordeling gevraagd aan de Werkgroep mesotheliomen van de longartsenvereniging NVALT. Het slachtoffer dient aannemelijk te maken dat hij via het werk aan asbest is blootgesteld. Zodra aan deze voorwaarden is voldaan adviseert het IAS aan de Sociale Verzekeringsbank (SVB) om een voorschot van €16.655 te verstrekken op grond van de Regeling tege-

moetkoming asbestslachtoffers. Normaal wordt het voorschottraject binnen 2 maanden na ontvangst van de aanvraag afgerond. Hierna onderzoekt het IAS of een (voormalig) werkgever of diens verzekeraar aansprakelijk gesteld kan worden voor de schade. Het IAS treedt op als bemiddelaar tussen beide partijen. Als de werkgever of verzekeraar aansprakelijkheid aanvaardt, ontvangt het slachtoffer ten minste €54.133 schadevergoeding. Het IAS streeft er naar het gehele traject binnen zes maanden af te ronden.

## Kan het medisch traject nog sneller?

Toen de voorschotregeling ingevoerd werd formuleerde de politiek de ambitie dat 90% van de gerechtigden een voorschotuitkering bij leven zou moeten ontvangen. Dit is een hoge ambitie als rekening gehouden wordt met de duur van het voorschottraject (2 maanden) en de korte levensverwachting van patiënten met maligne mesotheliom. In 2006 bereikte het IAS een percentage van 86% uitkering voorschot bij leven.

Dit jaar wordt het medisch traject geëvalueerd. Daarbij wordt gezocht naar mogelijkheden om het traject te versnellen zonder dat dit ten koste gaat van de zorgvuldigheid. We hebben namelijk enkele knelpunten geconstateerd die soms vertraging opleveren. Het komt bijvoorbeeld regelmatig voor dat aanvragers (nog) niet bekend zijn bij het NMP op het moment dat het IAS de diagnose opvraagt. Wat wij graag van de longartsen willen is dat zij de patiënt direct informeren over het IAS zodra er sprake is van maligne mesotheliom, én zo snel mogelijk het onderzoeksmateriaal aan het NMP toezenden. Een ander knelpunt betreft de verzending van het medische materiaal dat nu nog steeds per post gebeurt. We willen wat betreft dit laatste onderzoeken in hoeverre deze communicatie gedigitaliseerd kan worden, zonder dat de privacy van de aanvrager in het geding komt. Daarbij hebben we gelukkig de volledige medewerking van



de NVALT Werkgroep Mesotheliomen en haar nieuwe voorzitter Sjaak Burgers. Voordat de werkgroep ingeschakeld kan worden, worden de medische gegevens bij de behandelaar opgevraagd door de bevoegd medicus van het Instituut Asbestslachtoffers. Hoewel gelukkig de gewenste medische gegevens meestal snel en volledig worden opgestuurd,

denken wij dat ook hier enige tijdwinst te halen valt met uw medewerking.

**Tot slot**

Voor het IAS is een goede samenwerking met de longartsen van veel belang. Alleen hierdoor kan het IAS voor betrokken patiënten een zo goed mogelijk resultaat behalen. In dit verband hebben

we enkele voorstellen gedaan. Mogelijk heeft u nog andere suggesties die wij graag van u horen.

*Simone Aarendonk*  
Beleidsmedewerker  
Instituut Asbestslachtoffers  
Email: s.aarendonk@ser.nl  
Tel: 0703499581

## Meldpunt Astmafonds

---

De NVALT en het Astmafonds werden recent benaderd door leveranciers van zuurstof-systemen thuis, aangezien er bij hen de indruk bestaat dat mogelijk niet alle patiënten met indicatie voor Onderhoudsbehandeling Zuurstof Thuis het voor hen meest optimale zuurstof-toedieningssysteem ontvangen. Naast de longarts kunnen verzekeraars en thuiszorgorganisaties in hoge mate invloed uitoefenen op de zuurstofmodaliteit die bij de patiënt thuis geplaatst wordt. Vloeibare zuurstof verschaft patiënten

de nodige mobiliteit, daartegenover staat echter dat dit duurder is ten opzichte van andere zuurstof toedieningssystemen. Juist voor deze patiëntengroep is het echter zeer belangrijk dat zij zo mobiel mogelijk blijven.

Om inzicht te krijgen in de omvang van bovenstaande problematiek heeft het Astmafonds een meldpunt voor patiënten ingesteld. Het bestuur van de NVALT acht een inventarisatie van deze problematiek zeer zinvol. Mocht U als longarts in Uw praktijk geconfronteerd worden

met deze problematiek dan willen wij U verzoeken Uw patiënt(e) aan te sporen contact op te nemen met het meldpunt van het Astmafonds.

Ter informatie is hieronder de oproep van het Astmafonds integraal overgenomen.

Namens het Bestuur NVALT  
Dr. H.J. Pennings, secretaris

### *Vloeibare zuurstof: oproep*

---

Hebt u COPD en gebruikt u thuis extra zuurstof? Wilt u graag meer bewegingsvrijheid, maar vergoedt uw verzekeraar geen vloeibare zuurstof?

U kunt dit nu melden bij de Astma Fonds Advieslijn. Van september tot januari inventariseert het Astma Fonds

welke problemen mensen met astma en COPD ondervinden bij het aanvragen van vloeibare zuurstof. Dit gebeurt vanuit het project Vergoedingen Zorg. Inventariseren van de problemen is nodig, om straks bij zorgverzekeraars te kunnen lobbyen voor een vergoe-

ding van alle soorten zuurstof in het basispakket. Ook longartsen, zuurstofleveranciers en producenten van zuurstof werken hieraan mee.

De Advieslijn is bereikbaar van maandag t/m vrijdag van 10.00 – 14.00 uur op tel.nr. 0900 2272596.

# Complicatieregistratie bij de longgeneeskunde: tijd voor een inhaalslag

*Frans Krouwels*

U heeft het in de vorige Pulmoscript al kunnen lezen, de longartsen lopen ver achter bij de andere specialismen als het gaat om de registratie van complicaties. Bijna alle wetenschappelijke verenigingen hebben een gestandaardiseerde complicatielijst volgens de Masterclassificatie. Hierbij worden complicaties geregistreerd volgens 3 assen: pathologie, lichaamsdeel / orgaansysteem en externe factoren. Complicatieregistratie volgens de Masterclassificatie wordt bij de andere specialismen al op grote schaal toegepast, veelal binnen het ziekenhuisinformatiesysteem. Een dergelijk gestandaardiseerd systeem heeft veel voordelen, met name geeft het inzicht in de risico's van het medisch handelen op lokaal niveau, en kan zo ook gespiegeld worden aan landelijk verzamelde gegevens, daarom is een complicatieregistratie volgens de Masterclassificatie ook een van de kwaliteitsindicatoren voor de ziekenhuizen.

Hoe is het nu gesteld bij de longartsen in Nederland? Bedroevend. Op de enquête in de vorige Pulmoscript hebben collega's uit 36 ziekenhuizen gereageerd. Slechts 60% van de respondenten doet aan een vorm van complicatieregistratie. Hiervoor gebruikt ongeveer een kwart de lijst die de NVALT ooit heeft opgesteld. Een toepas-

sing van de Masterclassificatie wordt niet gebruikt. Opvallend is ook dat slechts de helft van de respondenten die de complicaties bijhoudt die ook evalueert, terwijl dit juist het leermoment zou moeten zijn waarvoor we al die moeite doen.

Kortom, het is tijd voor een inhaalslag. De nieuwe werkgroep voor complicatieregistratie heeft, dankbaar gebruik makend van het werk dat voorgaande werkgroepen al hadden gedaan, een complicatieregistratie codering gemaakt volgens het model van de Masterclassificatie. De basis hiervoor was de bestaande NVALT complicatielijst omdat daar al enige ervaring mee is opgedaan. Informeren bij de leveranciers van meest gebruikte softwarepakketten leerde dat er al uitgebreide ervaring is op het gebied van implementatie van een complicatielijst volgens de Masterclassificatie. Dat is dan het voordeel dat je als achterblijvende vakgroep hebt, het "inhangen" van een Masterclassificatie van een volgend specialisme is dan slechts een kleine moeite. Het verzamelen van de complicaties voor evaluatie is hierna slechts een kleine moeite.

Om te kijken of dit een praktische en werkbare lijst is geworden moet er nu gedurende 1 jaar een toetsing van

deze nieuwe lijst in de praktijk worden gedaan. De manier waarop wordt geregistreerd laten we aan de individuele vakgroepen over, dat betekent dat het een papieren registratie zou kunnen zijn, maar als daar behoefte aan is kan de werkgroep informatie verschaffen over de mogelijkheden van implementatie in het lokale ziekenhuisinformatiesysteem. Na een jaar worden de ervaringen verzameld en zal in de ledenvergadering worden besproken of de lijst definitief kan worden vastgesteld.

**Daarom vragen we u nu om deze kans te benutten om uw complicatieregistratie te moderniseren door u bij één van ons of bij het secretariaat van de NVALT op te geven voor deze toetsing.**

Op dit moment wordt nog de laatste hand gelegd aan de nieuwe complicatielijst, maar u zult zo spoedig mogelijk de nieuwe NVALT complicatielijst volgens Masterclassificatie krijgen. Deze zal te zijner tijd ook beschikbaar worden via de NVALT website.

De werkgroep complicatieregistratie:

Frans Krouwels  
Thomas Macken  
Albert Polman  
Arjan Rudolphus

# Zuurstoftherapie in de ambulance bij acute exacerbaties chronisch obstructief longlijden (COPD)

Zuurstoftherapie in de ambulance bij acute exacerbaties chronisch obstructief longlijden (COPD).

L.L.W. Verhaert, assistent longziekten Catharina ziekenhuis Eindhoven.  
Dr. R.H.H. van Balkom, longarts Catharina ziekenhuis Eindhoven.  
Dr. J.P.H.M. Creemers, longarts Catharina ziekenhuis Eindhoven.

## Inleiding

COPD patiënten kunnen een acute exacerbatie van symptomen hebben, meestal veroorzaakt door infectie en luchtpollutie. In ongeveer een derde van de acute exacerbaties kan geen oorzakelijke faktor aangetoond worden. Het gevaar van een acute exacerbatie is het ontstaan van respiratoir insufficiëntie. Men spreekt van respiratoir insufficiëntie bij een PaCO<sub>2</sub> > 50 mmHg en/of een PaO<sub>2</sub> < 60 mmHg waarbij onderscheid dient gemaakt te worden tussen acute en acute op chronische respiratoire insufficiëntie.

Verscheidene studies tonen aan dat ongeveer 20% van de COPD patiënten met een acute exacerbatie in het ziekenhuis arriveren met een iatrogene respiratoire insufficiëntie door te hoge toediening van zuurstof in de ambulance (1,2,3,4). Meer dan 50% van de patiënten met een acute exacerbatie COPD krijgt een FiO<sub>2</sub> hoger dan 0,28 toegediend (figuur 1).

## Veroorzaakt zuurstof therapie CO<sub>2</sub> retentie bij COPD patiënten of veroorzaakt de CO<sub>2</sub> retentie een progressief respiratoir falen?

Zuurstof gerelateerde hypercapnie staat door een verminderde hypoxische ventilatoire respons bij patiënten met preëxistente chronische hypercapnie die daardoor een gedaalde CO<sub>2</sub> gevoeligheid hebben. Een hogere PaO<sub>2</sub> is geassocieerd met ernstigere acidose, een verhoogde mortaliteit en noodzaak tot intubatie

(1,2,3,5,6) (figuur 1).

Westlake bestudeerde de effecten van zuurstof therapie bij patiënten met COPD (8). Hij registreerde een PaCO<sub>2</sub> stijging en pH daling gedurende zuurstof therapie en een daling van de PaCO<sub>2</sub> na het stoppen van zuurstof. Cambell rapporteerde dat bij 10% van de COPD patiënten met een acute exacerbatie de PaCO<sub>2</sub> niet steeg bij ongecontroleerde zuurstof therapie (9). 60% van deze patiënten ontwikkelde een stijging van de PaCO<sub>2</sub> van 20 mmHg in 12 uur tijd en 30% raakte buiten bewustzijn met PaCO<sub>2</sub> stijgingen van 30 mmHg binnen 1 uur. Zijn ervaringsfeit is hoe extremer de hypoxie, hoe groter de kans op een hypercapnie. Lopez-Majano bevestigde dat de mate van preëxistente hypoxie correleerde met de mate van ventilatoire depressie gedurende zuurstof therapie (10). Dus CO<sub>2</sub> retentie kan behandeld worden met het verlagen van de toegediende O<sub>2</sub> concentratie.

## Wanneer is een hypoxie bedreigend voor de patiënt?

De minimale PaO<sub>2</sub> die verenigbaar is met het leven wordt geschat op 20 mmHg ook voor patiënten met een chronische hypoxemie. Toch lijken bij patiënten met een chronische hypoxemie problemen ten gevolge van een hypoxie pas bij een lagere PaO<sub>2</sub> te ontstaan. Aangehouden kan worden dat een PaO<sub>2</sub> ≤ 45 mmHg cognitieve problemen geeft. Een PaO<sub>2</sub> ≤ 30 mmHg resulteert meestal in bewusteloosheid. Het exacte niveau waarop een hypoxie als gevaarlijk beschouwd moet worden is onbekend maar aangenomen wordt dat bij een PaO<sub>2</sub> van > 50 mmHg de kans op acute dood door hypoxie gering is.

## Wat zijn de gevaren van CO<sub>2</sub> retentie?

De belangrijkste gevolgen van een hyper-

capnie zijn depressie van neurologische functies en het cardio-respiratoire systeem. Waarschijnlijk is de pH in vergelijking met de PaCO<sub>2</sub> een belangrijkere voorspeller van de out-come van hypercapnische COPD patiënten. Uit een studie van Plant et al blijkt dat de kans op een ICU opname bij een pH < 7,30 zeer groot is (2). Echter het exacte niveau van PaCO<sub>2</sub> en pH waarop er een duidelijk risico bestaat op complicaties is onduidelijk. Aangenomen wordt dat een hypercapnie ergens tussen de 80 en 120 mmHg tot problemen gaat leiden.

## Is de mate van CO<sub>2</sub> retentie afhankelijk van de hoogte van de toegediende O<sub>2</sub> concentratie?

Plant et al vond een negatieve correlatie tussen de pH en de PaO<sub>2</sub> tijdens zuurstof therapie in een groep van 972 patiënten met COPD (2). Dit suggereert dat een betere oxygenatie leidt tot een toename van de respiratoire acidose. In deze groep was meer dan 50% van de hypercapnische patiënten acidotisch bij een PaO<sub>2</sub> van > 75 mmHg. Uit meerdere studies blijkt dat ook een lage toegediende O<sub>2</sub> concentratie kan leiden tot progressieve CO<sub>2</sub> retentie en acidose.

## Protocoleisen

Bovenstaande gevaren onderstrepen het belang van een duidelijk protocol voor zuurstoftoediening bij acute exacerbaties bij COPD patiënten in de ambulance. Verschillende studies hebben aangetoond dat het veiliger is om de zuurstoftoediening te baseren op de perifere saturatie dan de FiO<sub>2</sub>. Dit komt voort uit het feit dat een PaO<sub>2</sub>>75mmHg duidelijk het risico op acidose doet toenemen (2). De PaO<sub>2</sub> moet wel minstens 50 mmHg zijn om rechtstreekse dood door hypoxemie te vermijden (6). Hierbij komt nog dat patiënten met een hypercapnische res-



# Verbeterd perspectief bij NSCLC

Standaard-  
therapie  
bij MPM

Het bepalen van de juiste koers is niet alleen op zee van essentieel belang. Ook bij het opstellen van een behandelplan voor NSCLC moet de juiste koers worden gevaren. Met als doel: maximale levensverlenging met behoud van kwaliteit van leven. Dit wordt bereikt door de opeenvolgende stappen van het behandelplan voor uw patiënt (behandelcontinuüm). Immers, de keuze van de eerste lijn heeft direct gevolgen voor de behandelopties in de 2<sup>e</sup> lijn. En juist hier biedt Alimta een verbeterd perspectief. Alimta is effectief in de 2<sup>e</sup> lijn en geeft significant minder ernstige bijwerkingen en hospitalisatie. Dit verbetert weer het perspectief voor eventuele behandeling in de 3<sup>e</sup> lijn.

## Alimta, verbeterd perspectief

- effectief bij de 2<sup>e</sup> lijns behandeling van NSCLC<sup>1</sup>
- significant minder ernstige bijwerkingen/hospitalisaties<sup>1</sup>
- beheersbaarheid van de toxiciteit samen met de vitaminen<sup>1</sup>

**ALIMTA**  
pemetrexed

Lilly Oncology

Voor IB-tekst en referenties zie elders in dit blad.  
www.lilly.nl

**Lilly**  
Answers That Matter.

piratoire insufficiëntie zeer gevoelig zijn voor kleine verhogingen in de concentratie van toegediende O<sub>2</sub>. Dit effect is gerelateerd aan de O<sub>2</sub> dissociatie curve waarbij kleine veranderingen in PaO<sub>2</sub>, grote veranderingen in O<sub>2</sub> saturatie teweegbrengen (6). Dit verklaart dat men een perifere saturatie van ongeveer 90% moet nastreven.

De meeste patiënten zijn in staat de pH snel te normaliseren indien de zuurstoftoediening verminderd wordt (2). Vandaar het belang om zo snel mogelijk een arteriële bloedgas te controleren bij aankomst op de spoedeisende hulp.

In de eerste plaats dient een acute exacerbatie COPD herkend te worden door het ambulance team. De diagnose is echter niet altijd even duidelijk en wordt vaak aanzien voor een cardiaal probleem.

*Bestaand nederlands protocol*

Referenties

1. Clin Med JPCRL 2002; 2: 449-51. The use of oxygen in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a prospective audit of pre-hospital and hospital emergency management. Denniston AK, O'Brien C, Stableforth D.
2. Thorax 2000;55: 550-554. One year period prevalence study of respiratory acidosis in acute exacerbations of COPD: implications for the provision of non-invasive ventilation and oxygen administration. Plant PK, Owen JL, Elliott MW.
3. MJA 2007;186(5): 235-238. The effects of oxygen therapy in patients presenting to an emergency department with exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. Joosten SA, Koh MS, Bu X,

- Smallwood D, Irving LB.
4. Emerg. Med.J. 2006;23;636-638. Oxygen alert cards and controlled oxygen: preventing emergency admissions at risk of hypercapnic acidosis receiving high inspired oxygen concentrations in ambulances and A&E departments. Gooptu B, Ward L, Ansari SO, Eraut CD, Law D, Davison AG.
5. Emerg. Med. J. 2006; 23;144-146. Oxygen: kill or cure? Prehospital hyperoxia in the COPD patient. New A.
6. QJMed 2005;98:499-504. Initial oxygen management in patients with an exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. Durrington HJ, Flubacher M, Ramsay CF, Howard LS, Harrison BD.
7. Emerg. Med. J. 2001;18;421-423. Emergency oxygen therapy for the breathless patient. Guidelines prepared by North West Oxygen Group. Murphy R, Mackway-Jones K, Sammy I, Driscoll P, Gray A, O'Driscoll R, O'Reilly J, Niven R, Bentley A, Brear G, Kishen R.
8. QJMed 1955; 94:155-73. Carbon dioxide narcosis in emphysema. Westlake EK, Simpson T, Kaye M.
9. American Review of Respiratory Disease 1967;96:626-39. The J. Burns Amberson Lecture. The management of acute respiratory failure in chronic bronchitis and emphysema. Campbell EJ.
10. American Review of Respiratory Disease 1973; 108:232-40. Regulation of respiration during oxygen breathing in chronic obstructive lung disease. Lopez-Majano V, Dutton RE.

**Table 2. Arterial blood gas results (first measurements shown) and mortality in patients with acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease receiving either high flow or controlled oxygen.**

	FiO <sub>2</sub> >0.28 (n=57)		FiO <sub>2</sub> ≤0.28 (n=44)		p value
Arterial blood gas measured (no. (%))	51	89%	32	73%	
H <sup>+</sup> (mean (SD))	48.1	15.7	42.5	7.6	<0.05
pCO <sub>2</sub> (mean (SD))	8.1	3.3	7.2	1.9	NS
pO <sub>2</sub> (mean (SD))	11.3	4.9	10.0	2.3	NS
No acidosis	27	53%	23	72%	NS
Mild acidosis (H <sup>+</sup> >45 and <55 nmol/l)	11	22%	8	25%	NS
Severe acidosis (H <sup>+</sup> 55 nmol/l)	13	25%	1	3%	<0.005
Mortality (no. (%))	8	14%	1	2%	<0.05

FiO<sub>2</sub> = fractional inspired oxygen concentration.

Figuur 1: oxidatieve stress

---

# EEN LONGARTS IN AFHANISTAN (1)

---



*De auteur bij een Chinook helikopter*

Afghanistan is voor de meeste van ons een nieuws-item. We volgen de gebeurtenissen aldaar via de media met wisselende belangstelling en hebben ieder een eigen mening over de Nederlandse aanwezigheid ter plaatse. Henk Berendsen, in het dagelijks leven longarts in ziekenhuis Bronovo, werkte enkele weken in het veldhospitaal van Camp Bastion in Helmand. Hij zette zijn bevindingen en impressies op papier. Wij laten u in twee afleveringen over zijn schouder meekijken ter plaatse. In dit blad het eerste deel van zijn relaas.



“ON JANUARY 13, 1842, a lookout on the walls of Jalalabad fort spotted a lone horseman, weaving towards the British outpost, on a dying horse. Part of the rider's skull had been removed by an Afghan sword; his life had been saved only by the copy of Blackwood's Magazine stuffed into his hat to stave off the intense cold, which had blunted the blow. This was Dr William Brydon, the sole survivor of a 16,000-strong force that had left Kabul a week earlier, only to be massacred in the mountain passes by rebellious Afghan tribesmen. Dr Brydon's dramatic escape was celebrated in Victorian print, verse and paint. Lady Elizabeth Butler painted a tableau of the injured surgeon staggering towards salvation. The retreat from Kabul was the single worst disaster to befall the British Empire up to that point, but the adept Victorian propaganda machine managed to extract a tale of heroism from the calamity.

According to oral tradition in Afghanistan, however, Dr Brydon was not a heroic survivor but a hostage to history: the tribesmen deliberately let him escape so that he might return to his own people and tell of the ferocity and bravery of the Afghan tribes. Battered Dr Brydon was spared as a warning to the British: leave Afghanistan, and never come back.

The British paid no attention, of course. Two more Anglo-Afghan wars followed. Now that we are effectively involved in a fourth, with 3,300 British troops fighting to hold down the province of Helmand, the ghost of Dr Brydon rides again.

What happened in 1842 is as much a part of the present as the events of yesterday. In Pushtun tradition, no guest may be left unprotected, no offence left unpunished: the result is a web of feud and counterfeud, alliances and vendettas, embedded in time and tribal memory.”

**16 DECEMBER 2006.** Op vliegveld Eindhoven, wachtend op mijn vertrek als ISAF militair naar Kaboel, Afghanistan, las ik de bovenstaande waarheden en wijsheden, opgeschreven door Ben Macintyre. ISAF, de International Security Assistance Force is een NAVO operatie waaraan 37 landen deelnemen. Zij hebben de paradoxale taak om de Taliban met militaire middelen te bestrijden en tegelijkertijd te proberen de ‘hearts and minds’ van de Taliban en alle anderen te winnen. Het is alsof je de kalkoen uitnodigt voor het kerstdiner.

Onverwacht werd mijn naam afgeroepen. De dienstdoende luchtmachtman deelde mij mee dat ik – naar bericht uit Den Haag – de ‘OBL’ zou zijn op de reis naar Kaboel. Hij kon natuurlijk niet weten dat ik pas vijf dagen daarvoor was gemilitariseerd. Onlangs in Utrecht mijn woestijnuitrusting opgehaald. De jongens achter de toonbank vroegen mij, wat verbaasd, wat zo'n man uit ‘Dad's Army’ in Afghanistan ging doen. “Wat denken jullie dat mijn beroep is” was mijn wedervraag. De jongens probeerden een inschatting te maken en na een korte pauze antwoordden ze “Dominee”. Vereerd met het antwoord vertelde ik hun dat ik als militair arts bij de Britse Royal Marines ging werken in Helmand, Afghanistan. Razendsnel werd mijn uitrusting bij elkaar gezocht en met vier plunjabalen verliet ik de *Overste den Ouden Kazerne*.

En zo stond ik dan een paar dagen later als OBL op het vliegveld Eindhoven. Achteraf redenerend waarschijnlijk omdat ik de oudste officier op de passagierslijst was. Ik wist in het geheel niet wat OBL betekende maar probeerde het spel mee te spelen en vroeg routinematig of er verder nog bijzonderheden waren. De luchtmachtman overhandigde mij de papieren die bij deze functie bleken te horen. Ik ging zitten en bestudeerde ze aandachtig. Het waren de passagierslijsten. En tot mijn schrik merkte ik dat OBL stond voor

‘Officier Belast met de Leiding’. Ik stelde me gerust met de gedachte dat er met vliegen toch niets mis kon gaan. En als er wat mis zou gaan dan kon zelfs een OBL daar niets aan veranderen. Eigenlijk bleek het een heel bijzondere functie te zijn. Tijdens de vlucht onderhield ik mij met de meevliegende journalisten en diplomaten en had overleg met de piloot in de cockpit. In Kaboel stapte iedereen wat schuchter uit het vliegtuig. Het vliegveld werd zwaar bewaakt en er lag sneeuw. De sfeer en het klimaat herinnerden mij aan de keren dat ik het IJzeren Gordijn moest passeren tijdens de Koude Oorlog. Rondom het onafgebroken lawaai van vliegtuigmotoren. Onderaan de trap, in de kou, werden we verwelkomd door de generaal en vandaar wandelden we naar het zogenaamde ‘Holland Huis’, een grote tent waar de kachel brandde en koffie gedronken kon worden. Merkwaardigerwijs stond daar een wat gebogen oudere man in burger aan de bar. Nieuwsgierig liep ik erheen en tot mijn verassing bleek het minister Kamp te zijn. Hij was wat teneergeslagen, want hij moest plotseling met spoed naar Nederland. Het was mis met het kabinet. We zijn het alweer bijna vergeten, de Verdonk kwestie. We spraken met elkaar en ik zei hem: “Kop op, en knoop één ding in uw oren: Als u na een vermoeiende reis, uitgeput, terug komt in Nederland, dan bent u in een stemming



Camp Bastion Helmand



**TOBI**®

300 mg/5 ml verneveloplossing  
Tobramycine

## De geregistreerde **Tobramycine verneveloplossing**



**Formulering  
klaar voor gebruik**

 **NOVARTIS**

Novartis Pharma B.V., Postbus 241, 6800 LZ Arnhem

Raadpleeg de verkorte productinformatie elders in dit blad



0806TOB1445

van 'weg met de hele bende'. U moet tijd rekken en er een nachtje over slapen, dan komen oplossingen en nieuwe varianten vanzelf weer boven." Toen hij vertrok nam hij somber afscheid van zijn troepen en zei tegen de manschappen dat hij hun waarschijnlijk voor de laatste keer als minister toegesproken had. Ik geloof dat hij naar mij geluisterd heeft.

De volgende dag reisde ik verder naar Tarin Kowt, de Nederlandse basis in Uruzgan. Het was de verkeerde kant op, maar de barakken in Kaboel moesten leeg zijn voordat de volgende vlucht met militairen uit Nederland arriveerde. Onder de meereizende militairen waren ook boze luchtmachtmensen die, net als ik, de verkeerde kant opgestuurd werden en eigenlijk naar Kandahar moesten. De vlucht ging per Hercules transportvliegtuig, een toestel dat ook op zandbanen kan landen zoals die bij de Nederlandse basis. Ik was eigenlijk wel blij dat ik nu ook het Nederlandse kamp kon bezoeken. Zo kon ik nog wat afspraken maken met mijn Nederlandse commandant over de verbindingen vanuit Helmand, wanneer ik daar als enige Nederlander zou zitten. Er was veel pers in Tarin Kowt. Alles is nieuws en een aantal militairen werd gedurende hun hele uitzending gevolgd door journalisten. Zij waren gewend aan de voortdurende aanwezigheid van camera's. De luchtmachtmensen hadden al snel vervoer naar Kandahar georganiseerd. De luchtmacht stuurde een dag later wat helikopters die ons erheen brachten. Ondanks alles was het een wondermooie vlucht. De helikopter vloog tactisch. Dat wil zeggen laag over de grond, gebruikmakend van de dekking die de terreinomstandigheden konden bieden. Dit maakte de kans om geraakt te worden door een vanaf een Talibanschouder afgescho-



Per Hercules transportvliegtuig naar Tarin Kowt

ten Rocket Propelled Grenade zo gering mogelijk. De helikopter vloog met open deuren waaruit aan beide kanten machinegeweren staken, klaar om zonodig het vuur te openen. Naar buiten kijkend leek het alsof we Bijbelse tijden binnenvlogen. Alleen aardkleuren. Mensen die in lemen hutten woonden. Geen auto's, geen plastic, geen roestende golfplaten en alles leemkleurig. Kamelen, geiten en ezels. En langs de stroompjes veel orde-lijk onderhouden akkers. Vanuit de lucht leek het een pastorale. De nederzettingen, bestaande uit eenvoudige lemen hutten waarin volstrekte harmonie met het omringende heuvellandschap. "Laat het zo blijven, laat die mensen met rust", dacht ik. De helikopter tilde ons over een bergkam van 1800 meter en gleed naar beneden door een wadi naar de enorme vlakte waarin Kandahar ligt, de plaats waar we na een vlucht van 40 minuten landden. Het bleek een enorme Amerikaanse basis met alles erop en eraan. Contractors in hun super de luxe Toyota SUV's. Eten zoveel als maar mogelijk is. Pizza Hut, Burger King, gym, kerk, ziekenhuis en een enorm vliegveld van waaruit ook de KLU operaties uitvoerde. Je waande je in een Amerikaans stadje. Na nog eens 24 uur volgde de laatste etappe. Midden in de nacht vloog ik in het

ruim van een Hercules, samen met twee Landrovers, naar mijn eindbestemming: Camp Bastion in Helmand, de papaverbelt van Afghanistan.

In het kamp was een groot veldhospitaal opgebouwd, bestaande uit aan elkaar gekoppelde tenten. Daar werkte een vijftiental militaire artsen. Huisartsen, anesthesisten, chirurgen, orthopeden, zelfs een internist en nu dus ook een longarts. De capaciteit van het ziekenhuis was gebaseerd op horror-scenario's. Op het moment dat ik er arriveerde was het gelukkig nog niet gebeurd dat die capaciteit tekortschoot. In het ziekenhuis werden wel regelmatig ernstige gewonden van gevechtshandelingen, maar ook van auto-ongelukken behandeld. Vaak ook gewonde Afghanen die bij de strijd betrokken waren geraakt.

De meeste artsen hadden, medisch gezien, soms veel soms weinig om handen. Ieder had zijn eigen manier om de tijd buiten het werk zo nuttig en prettig mogelijk door te komen. Lezen, bijbel lezen, rusten, spreken en preken, schrijven en vooral veel sporten. Velen poogden zelfs wat welvaartsvet weg te werken. De artsen van het ziekenhuis kwamen nooit buiten het kamp en maakten natuurlijk niet mee wat de soldaten, die naar bui-



Aan boord van een Cougar-helikopter tussen Tarrin Kowt en Kandahar



Veldhospitaal



(Oud-)Minister Kamp voor het laatst als Minister van Defensie op bezoek in Afghanistan



Amerikaanse basis bij Kandahar met vers ingevlogen eten in overvloed

ten gingen ervoeren. De angst dat er elk moment een bermbom kon afgaan of dat er gevechten konden losbarsten. De angst van de Chinook (een zware tandem rotor transport helikopter) bemanningen die tijdens de evacuatie van gewonden vaak beschoten werden. De basis zelf werd als zeer veilig beschouwd en is nooit beschoten. Wij sliepen in tenten. In principe zou je zelfs met een pijl en boog geraakt kunnen worden op je stretcher. Maar het kamp was onbenaderbaar voor de Taliban, omdat het omringd was door tientallen kilometers lege woestijn.

Er waren kennelijk toch wel functionerende communicatielijnen tussen de Taliban en ISAF via Afghaanse intermedi-

airs. Tijdens kerst en oud en nieuw was er zelfs sprake van een soort wapenstilstand. Desalniettemin was er op eerste kerstdag groot alarm in verband met een door een surface to air missile, zeg maar raket, geraakte Apache helikopter. We zagen hem waggelend aankomen met een rookpluim, begeleid door zijn kameraad in helikopter 2. Het toestel was flink geraakt maar iedereen bereikte weer veilig de grond. Geen gewonden.

Overdag hoorde je voortdurend geweervuur en explosies in de omgeving. De geluiden kwamen van buiten de muren van ons kamp, niemand lette er eigenlijk op. Het waren de loyale Afghaanse troepen. Zij oefenden. Afghaanse troepen

herkende je aan hun Pashtun uiterlijk en aan hun uniform. Het leek wel opzet maar hun uniformen waren óf te groot óf te klein. Ze zagen er daardoor soms wat onhandig en weinig martiaal uit. De taaiheid kon je echter van hun gezichten aflezen. Een beetje eten en drinken en deze militairen konden weer vooruit. Het is natuurlijk wel te hopen dat ze loyaal blijven.

*In de volgende aflevering van Pulmoscript meer over de omstandigheden waaronder geleefd en gewerkt werd, de samenwerking met o.a. de Britten en persoonlijke impressies van Henk Berendsen.*

<i>Datum</i>	<i>Punten</i>	<i>Naam congres/symposium</i>	<i>Locatie</i>
<b>2007</b>			
6 September		NVIC Circulatiedagen 2007	Nyenrode - Breukelen
7 September	5	Tuberculosecentrum Dekkerswald: Voorbereid op de toekomst?	Universitair longcentrum Dekkerswald - Groesbeek
12 September	4	Opereren door digitale netwerken	Utrecht
12 September		Kiezen voor kwaliteit: transparantie in de zorg	Domus Medica - Utrecht
13 September	4	Statistische begrippen in de medische literatuur	Beverwijk
15 September		Jubileumcongres Asbestslachtoffers	Beatrix Theater - Jaarbeurs Utrecht
15 September		ERS	Stockholm
18 September		De toekomst van de Nurse Practitioner	Mammoni - Mariaplaats - Utrecht
20 September		Minimale Interventiestrategie Stoppen-met-roken voor Longpatiënten	De Hartenark - Bilthoven
21 September		Transplantatie en donatie: wat ik er altijd al van wilde weten.	
26 September		Teach te AIOS	Felix Meritis - Amsterdam
28 September		Cursus TBNA (transbronchiale naaldaspiratie)	CWZ - Nijmegen
2 October		Bestuur zoekt: ondernemende specialisten m/v	Stadion Galgenwaard - Utrecht
3 October		Post Asco-WCLC meeting 2007	Karel V - Utrecht
4 October		HRCT teaching cours	Leuven - België
5 October	6	Ledenvergadering NVALT	Jaarbeurs - Utrecht
9 October	10	Topics Pulmonale hypertensie	Amsterdam
9 October		Werkbezoek Zuidelijk Afrika	Zuidelijk Afrika
10 October		Prof. J.J. Sluiter Studieconferentie	Amersfoort
10 October		Klant in Zorgland II	De Reehorst - Ede
11 October		KNMG congres - Opleiden voor kwaliteit	Domus Medica - Utrecht
18 October		CF symposium	Wilhemina Kinderziekenhuis - Utrecht
18 October		Intensive Tropical Medicine School	Rotterdam
19 October		Jubileumviering 25 jaar BASS	Elzenveld - Antwerpen
20 October	20	Chest	Chicago - Illinois
29 October	2	IKO tumorwerkgroep longtumoren	Arnhem
30 October	2	Longziekten - discussiepunten in de praktijk	Utrecht
30 October		Individueel functioneren medisch specialisten	Domus Medica - Utrecht
31 October	4	E-learning	
31 October		8e Vrouwelijke Longartsendag 2007	Hilversum
2 November		Symposium Bronchiale Interventie	Nijmegen
3 November	15	Intensive Tropical Medicine School	Blantyre - Malawi



# Chiesi, nieuw in Nederland!



Chiesi is in 1935 opgericht in Parma, Italië en heeft zich ontwikkeld tot een wereldwijd opererend, innoverend farmaceutisch bedrijf.

Met 21 vestigingen, 3 productielocaties en 3 research laboratoria is Chiesi uitgegroeid tot een succesvolle farmaceutische leverancier van producten in 50 verschillende landen.

*En vanaf heden ook in Nederland aanwezig met een gemotiveerd team ervaren professionals die staan te popelen om u van dienst te zijn.*

## Speerpunten R&D Chiesi

### Respiratoir systeem

- Astma en COPD
- Cystic Fibrosis en bronchiëctasieën
- Hyaliene membraanziekte/RDS\*

\* Curosurf® is een geregistreerd patent van Chiesi (in Nederland door Nycomed op de markt gebracht).

### In de pijplijn

#### Nieuwe geneesmiddelen/toedieningsystemen

- langwerkend  $\beta_2$ -sympathicomimeticum
- $M_3$ -antagonist
- PDE-IV inhibitor
- **NEXT**® (nieuwe technologie droge poederinhalatie)

Chiesi geeft lucht aan mensen en ideeën





<i>Datum</i>	<i>Punten</i>	<i>Naam congres/symposium</i>	<i>Locatie</i>
15 November	16	ERS school Course on "Spirometry Training"	Amsterdam
19 November		Minimale Interventiestrategie Stoppen-met-roken voor Longpatiën-	De Hartenark - Bilthoven
22 November	20	Bronkhorst Colloquium	NH de Koningshof - Veldhoven
22 November		BAL minisymposium	AZM - Maastricht
26 November		COPD als systeemaandoening	Kasteel Vaalsbroek
28 November	12	Barnes symposium "COPD: Pharmacology and clinical Aspects"	Londen
13 December		Wagenvoort Colloquium Pulmonale Hypertensie	Kloostersalons Mariënhof - Amersfoort
14 December		longchirurgiesymposium - Hoytemastichting	
<b>2008</b>			
11 January		Studiedagen VvAwT	Soesterberg
17 January	9	Body Plethysmography and Impuls Oscillometry in COPD and Astma	Rotterdam
18 January		10th National Lung Cancer Symposium	Koepelkerk - Amsterdam
24 January		Longfibrose IV, genetica voor de longarts	Karel V - Utrecht
28 January	20	4th Congress of IUATLD 2007	Davos - Zwitserland
7 April	12	Longartsenweek	Papendal - Arnhem
15 April		Nascholingsreis Afrika	Zuidelijk Afrika
19 May		ATS	
24 May		ACCP	
30 May		NVALT Eeuwfeest	
25 September		International Mesothelioma Interest Group (IMIG)	De Meervaart - Amsterdam
4 October		ERS	Berlijn
14 October		Nascholingsreis Afrika	Zuidelijk Afrika
31 October	6	Ledenvergadering	Jaarbeurs - Utrecht
20 November	20	Bronkhorst	NH de Koningshof - Veldhoven

**Gaarne opgave van congressen en symposia  
aan het secretariaat van de NVALT  
om data op elkaar te kunnen afstemmen.**

**Refereeravonden** Informatie over de exacte data kunt u verkrijgen bij de betreffende klinieken. Accreditatie: 2 punten



## Gewoon doorslapen voor een zo normaal mogelijk leven

Het ziet er vreemd uit, maar het echtpaar Berkhout is er mooi mee geholpen. Meneer Berkhout lijdt aan het slaap apneu syndroom. Zonder CPAP-apparaat zou hij 's nachts meerdere keren per uur een ademstilstand krijgen. Nu komt hij iedere ochtend weer lekker fit uit bed. Net als zijn vrouw, die gelukkig niet meer wakker ligt van het diepe gesnurk en de angstige stiltes daarna. Dankzij de zorg van Farmadomo.

Onze medewerkers leveren de apparatuur thuis af en leggen uit hoe het werkt. Ook wordt er uitvoerig aandacht besteed aan het aanmeten van het best passende masker. En met behulp van de computeruitdraai houdt de dokter op de achtergrond met regelmaat de vinger aan de pols.

Farmadomo is er voor de patiënt. Die kan rekenen op maximale kwaliteit en veiligheid van onze producten en optimale betrouwbaarheid van onze dienstverlening: 24 uur per dag, 7 dagen per week. Aan deze zekerheden dankt Farmadomo haar goede naam bij zorgverzekeraars, instellingen, voorschrijvers en thuiszorg. En niet te vergeten: bij meneer en mevrouw Berkhout.

### Farmadomo

Linde Homecare Benelux B.V.  
Industriestraat 20, 5391 BR Nuland  
Zaalbergweg 15, 2314 XS Leiden  
tel 088-3276276, fax 088-3276277  
[www.farmadomo.com](http://www.farmadomo.com)

Linde Gas Therapeutics

*Linde*

FARMADOMO

# Kandidaat-leden



Nasser Alemi,  
aios Medisch Centrum  
Leeuwarden, Leeuwarden



Roxane Baan,  
aios Erasmus MC,  
Rotterdam



Jasmijn van Campen,  
aios OLVG, Amsterdam



Koen Creemers, aios  
Amphia Ziekenhuis Breda



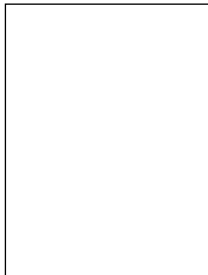
Antoon Dijkstra,  
aios UMCG, Groningen



Mahican Emeni,  
onderzoeker Erasmus MC,  
Rotterdam



Katrien Greefhorst,  
aios Haga Ziekenhuis,  
Den Haag



Rogier Hoek,  
aios Erasmus MC,  
Rotterdam



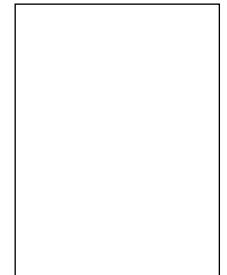
Romke Hoekstra,  
aios Medisch Centrum  
Leeuwarden, Leeuwarden



Alex van 't Hul, buitenge-  
woon lid - fysiotherapeut/  
bewegingswetenschapper  
Revalidatiecentrum Breda



Tamara Joosten, aios  
AZM, Maastricht



Renske van der Meer,  
aios Haga Ziekenhuis,  
Den Haag



Arifa Moons-Pasic,  
aios VUMC, Amsterdam



Margriet Rietdijk-  
Smulders, arts Tweesteden  
Ziekenhuis, Tilburg



Eric van Thiel, aios Atrium  
Medisch Centrum, Heerlen



Veerle de Visser, aios  
Jeroen Bosch Ziekenhuis,  
's-Hertogenbosch



Robert Willemsen,  
aios Atrium Medisch  
Centrum, Heerlen



Xiang Hua Zhang,  
aios AZM, Maastricht

Het kwaliteitsbeleid van de NVALT wordt mede mogelijk gemaakt door

**hoofdsponsors**



**sponsors**






# Effectieve controle bij astma met seizoensgebonden allergische rhinitis\*



\* Bij astmapatiënten bij wie SINGULAIR geïndiceerd is

**Raadpleeg de volledige productinformatie (SPC)  
alvorens SINGULAIR voor te schrijven.**

Zie ook de SPC-tekst elders in dit blad.

 **MSD** Postbus 581, 2003 PC Haarlem,  
Telefoon 023 - 5153153, Internet: [www.msd.nl](http://www.msd.nl)

SINGULAIR® is een geregistreerd handelsmerk van Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.

10 mg  
éénmaal  
daags



TABLET PER DAG  
**SINGULAIR®**  
(montelukast, MSD)

**Take Control.**

# **Bijsluiters**



# Meer informatie over Qvar®

**Samenstelling Qvar® Extrafijne Aërosol: Qvar® Extrafijne Aërosol 50 Inhalator, Autohaler™, AeroChamberPlus™ en Qvar® Extrafijne Aërosol 100 Inhalator, Autohaler™, AeroChamberPlus™ bevatten 200 doses beclometasondipropionaat à 50/100 µg per dosis.**  
**Therapeutische indicatie:** Profylactische anti-inflammatoire behandeling van astma bronchiale. **Dosering: Volwassenen:** bij milde tot matige astma: 50 - 200 µg tweemaal daags. In ernstige gevallen: tot 400 µg tweemaal daags. De maximaal aanbevolen dagdosis bedraagt 800 µg. De aanbevolen dagdosis van Qvar is een factor 2 - 2.5 lager dan van de bestaande CFK-bevattende beclometasondipropionaat aërosolen. Patiënten op een fluticason inhalator kunnen overgezet worden op dezelfde dagelijkse dosis Qvar tot een maximum van 800 µg per dag. Bij patiënten op een budesonide inhalator kan de dosering gehalveerd worden als ze overgaan op Qvar. **Kinderen van 5 jaar en ouder:** bij mild tot matig astma: 50 µg tweemaal daags. In ernstige gevallen: 100 µg tweemaal daags. De maximaal aanbevolen dagdosis bij kinderen bedraagt 100 µg tweemaal daags. Als het gebruik van een voorzetskamer noodzakelijk is, kan de AeroChamber Plus™ voorzetskamer gebruikt worden. Hierdoor blijft de extrafijne dosis-aërosol gehandhaafd. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor één der bestanddelen, longtuberculose, herpes simplex en status astmatics. **Waarschuwingen en voorzorgen:** Qvar is niet geïndiceerd voor de onmiddellijke verlichting van astma-aanvallen of status astmatics. **Bijwerkingen:** In het doseringsgebied van 100 - 800 µg per dag bevinden de waarden voor de bijrijnschorsfunctie zich in het normaalwaarde-gebied. Tijdens het gebruik van beclometasondipropionaat per inhalatie kan incidenteel heesheid optreden. In zeldzame gevallen zijn bronchospasmen na de inhalatie, candidiasis van de mondkeelholte of overgevoelighedsreacties gemeld. In een enkel geval is misselijkheid gemeld. **Farmacokinetiek:** Deposities: meer dan 55% van de hoeveelheid die het mondstuk verlaat komt in de long en een klein deel - minder dan 35% - slaat neer in de oropharynx. **Afleverstatus:** U.R. De Qvar® Extrafijne Aërosol Inhalator, Autohaler™, AeroChamber Plus™ worden volledig vergoed. Voor prijzen zie KNMP tax. Voor nadere informatie over Qvar verwijzen wij naar de geregistreerde deel 1B1 tekst. IVAX Farma B.V., Bodegraven, dd 15 februari 2006. **Referentie:** 1. Bindels P. et al Huisarts Wet 2006; 49 (11): 557-72

**TEVA**

TEVA PHARMA NL

Teva Pharma Nederland  
Postbus 552, 2003 RN Haarlem  
Tel.: 023 51 47 835 tevapharma.nl

**QVAR**  
Extrafijne Aërosol  
waarom een groot  
medicijn klein moet zijn

**IVAX**

## VERKORTE SAMENVATTING VAN DE PRODUCTKENMERKEN

**Samenstelling:** Tarceva filmomhulde tabletten zijn verkrijgbaar in sterkten van 25 mg, 100 mg en 150 mg erlotinib (als erlotinib hydrochloride) per tablet. **Indicaties:** Tarceva is geïndiceerd voor de behandeling van patiënten met lokaal gevorderd of gemetastaseerd niet-kleincellig longkanker na falen van ten minste één voorafgaand chemotherapie regime. Wanneer Tarceva wordt voorgeschreven, dient men rekening te houden met factoren die geassocieerd zijn met een verlengde overleving. Er is geen overlevingsvoordeel of ander klinisch relevant effect van de behandeling waargenomen bij patiënten met EGFR-negatieve tumoren. **Dosering:** De aanbevolen dagelijkse dosering Tarceva is 150 mg ingenomen ten minste één uur vóór of twee uur na de inname van voedsel. **Contra-indicaties:** Ernstige overgevoeligheid voor erlotinib of voor (één van) de hulpstoffen. **Interacties:** Mogelijke interacties kunnen voorkomen met geneesmiddelen die gemetaboliseerd worden door CYP3A4, CYP1A1, CYP1A2 en CYP1B1 of met middelen die remmers of inductoren zijn van deze enzymen. De remming van glucuronidering kan interacties met geneesmiddelen veroorzaken welke substraten van UGT1A1 zijn en die uitsluitend via deze weg geklaard worden. De plasmaconcentratie stijgt door krachtige CYP3A4 remmers, voorzichtigheid dient in acht genomen te worden bij patiënten die bijv. azol antimicrobieel middelen, proteaseremmers, erytromycine of claritromycine gebruiken. De plasmaconcentratie vermindert door krachtige CYP3A4 inductoren, voorzichtigheid dient in acht genomen te worden bij patiënten die bijv. rifampicine, fenytoïne, carbamazepine, barbituraten of sint janskruid gebruiken. Patiënten die van coumarine afgeleide antistollingsmiddelen gebruiken, dienen regelmatig gecontroleerd te worden op veranderingen in prothrombinetijd of INR. Huidige rokers dient geadviseerd te worden om te stoppen met roken, omdat de plasmaconcentraties bij rokers in vergelijking tot niet-rokers verlaagd zijn. De mate van verlaging is waarschijnlijk klinisch significant. Gelijktijdige toediening van remmers van Pgp, bijv. ciclosporine en verapamil, kan leiden tot een verandering in de distributie en/of een verandering in de eliminatie van erlotinib. Antacida, protonpompremmers en H2-antagonisten zouden de oplosbaarheid en de absorptie van erlotinib kunnen verminderen. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen:** Gevallen van interstitiële longziekte (ILD), waaronder fatale gevallen, zijn soms gemeld bij patiënten die Tarceva kregen voor de behandeling van niet-kleincellig longkanker (NSCLC) of andere gevorderde solide tumoren. Bij patiënten die acuut nieuwe en/of progressieve niet te verklaren pulmonale symptomen zoals dyspnoe, hoest en koorts ontwikkelen, dient de Tarceva therapie onderbroken te worden terwijl de diagnostische evaluatie plaatsvindt. Indien ILD wordt gediagnosticeerd moet Tarceva gestaakt worden en indien nodig een geschikte behandeling gestart worden. Matige tot ernstige diarree moet behandeld worden met bijv. loperamide. In sommige gevallen kan een dosisvermindering noodzakelijk zijn. Zelden zijn hypokaliëmie en nierfalen (waaronder met fataal verloop) secundair aan ernstige dehydratie gemeld, voornamelijk bij patiënten die gelijktijdig chemotherapie ontvingen. Bij gevallen van meer ernstige of aanhoudende diarree, of bij gevallen die leiden tot dehydratie, met name bij patiëntengroepen met verzwarende risicofactoren (co-medicatie, bijkomende symptomen of ziekteverschijnselen of andere predisponerende omstandigheden waaronder hoge leeftijd) dient Tarceva therapie onderbroken te worden en dienen er geschikte maatregelen genomen te worden om de patiënten intensief intraveneus te hydrateren. De tabletten bevatten lactose en dienen niet toegediend te worden aan patiënten met zeldzame erfelijke problemen als galactose intolerantie, Lapp lactase deficiëntie of glucose-galactose malabsorptie. **Bijwerkingen:** Zeer vaak voorkomende bijwerkingen zijn uitslag en diarree, evenals vermoeidheid, anorexie, dyspnoe, hoest, infectie, misselijkheid, braken, stomatitis, pruritus, droge huid, conjunctivitis, keratoconjunctivitis sicca en buikpijn. Vaak voorkomende bijwerkingen zijn gastro-intestinale bloedingen, afwijkingen van de testuitslagen van de leverfunctie, keratitis en epistaxis. Gevallen van interstitiële longziekte (ILD), waaronder fatale gevallen, zijn soms gemeld bij patiënten. **Verpakkingen:** Tarceva is verkrijgbaar in verpakkingen van 30 tabletten. **Afleverstatus:** U.R. **Vergoedingsstatus:** Volledig vergoed binnen het GVS.

**Datum:** December 2006. **Uitgebreide productinformatie is op verzoek verkrijgbaar bij Roche Nederland B.V., Beneluxlaan 2a 3446 GR Woerden, www.Tarceva.nl. Tel. 0348-438062**

**SPIRIVA**  
(tiotropium)

**Referenties.** 1. Casaburi et al. Eur Respir. J. 2002; 19: 217-24 2. Vincken et al. Eur Res-pir. J. 2002; 19: 209-216 3. O'Donnell DE, et al. Eur Respir J 2004; 32: 832-840

**Verkorte IB-tekst. Samenstelling:** Spiriva® is samengesteld uit een harde capsule met 22,5 microgram tiotropiumbromide monohydraat als inhalatiepoeder, overeenkomend met 18 microgram tiotropium. **Indicaties:** Bronchusverwijderaar voor de onderhoudsbehandeling van chronische obstructieve luchtwegaandoeningen (COPD), ter verlichting van symptomen bij patiënten. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor tiotropiumbromide, atropine of derivaten zoals ipratropium of oxitropium, of voor de hulpstof lactose monohydraat. **Farmacodynamische eigenschappen:** Tiotropium is een anticholinergicum en geeft een verbetering in longfunctie gedurende 24 uur. Tiotropium verbetert dyspnoe en het symptoom gelimiteerd uithoudingsvermogen. Tiotropium vermindert COPD exacerbaties en COPD ziekenhuisopnames. **Waarschuwingen en voorzorgen:** Niet gebruiken als aanvangsbehandeling van acute episoden van bronchospasmen. Met voorzichtigheid gebruiken bij patiënten met nauwe-kamerhoek glaucoom, prostaathyperplasie of blaasabstructie. Geneesmiddelen voor inhalatie kunnen inhalatie-geïnduceerde bronchospasmen veroorzaken. Bij patiënten met matige tot ernstige nierinsufficiëntie (creatinineklaring van ≤ 50 ml/min) dient Spiriva® alleen te worden gebruikt indien de verwachte voordelen opwegen tegen het potentiële risico. Patiënten dienen erop gewezen te worden dat oogcontact met het inhalatiepoeder vermeden dient te worden. Spiriva® capsules alleen met de HandiHaler® gebruiken. **Interacties:** Gelijktijdige toediening van Spiriva® en andere anticholinergica-bevattende geneesmiddelen is niet onderzocht en wordt daarom afgeraden. **Zwangerschap en borstvoeding:** Geen klinische gegevens beschikbaar; dient derhalve niet te worden gebruikt door zwangere vrouwen of vrouwen die borstvoeding geven. **Bijwerkingen:** De volgende bijwerkingen zijn gemeld: zeer vaak: droge mond, doorgaans mild van aard en verdweden vaak bij voortzetting van de behandeling; vaak: obstipatie, moniliasis, sinusitis, faryngitis, neusbloeding, hoesten; soms: allergische reactie, tachycardie, hartkloppingen, moeilijkheden bij het urineren; urogenitale (meestal bij oudere mannen met predisponerende factoren (bv. prostaathyperplasie)); zelden: supraventriculaire tachycardie en atriumfibrilleren, doorgaans bij patiënten die hiervoor gevoelig zijn. Spontane meldingen van misselijkheid, heesheid, duizeligheid en hoofdpijn zijn gerapporteerd. Spontane meldingen van allergische reacties omvatten angio-oedeem, huiduitslag, urticaria en pruritus. **Dosering en wijze van toediening:** Eenmaal daagse inhalatie van de inhoud van één Spiriva® capsule met behulp van de HandiHaler®, steeds op hetzelfde tijdstip van de dag. **Registratie/afleverstatus:** RVG 26191/UR. Voor volledige product informatie wordt verwezen naar de geregistreerde 1B tekst (d.d. 4 juli 2006). **Registratiehouder:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Duitsland. **Voor inlichtingen:** Boehringer Ingelheim bv, Comeniusstraat 6, 1817 MS Alkmaar, 0800-4COP-DINFO (4267346)

**Pfizer**

**Boehringer  
Ingelheim**

## Productinformatie Alvesco®

**Samenstelling en farmaceutische vorm:** Alvesco® 80 Inhalator, Alvesco® 160 Inhalator en Alvesco® 160 AeroChamber Plus™ met mondstuk bevatten respectievelijk 80, 160 en 160 microgram ciclesonide. **Indicaties:** Behandeling om persistenter astma bij volwassenen en adolescenten (12 jaar en ouder) te controleren. **Dosering:** Aanbevolen dosering voor volwassenen en adolescenten: éénmaal daags 160 microgram Alvesco®. Indien nodig kan de dosering verhoogd worden. Dosisverlaging tot éénmaal daags 80 microgram kan voor sommige patiënten een effectieve onderhoudsdosering zijn. Alvesco® kan gebruikt worden met de voorzetskamer AeroChamber Plus™. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor ciclesonide of één van de hulpstoffen. **Waarschuwingen:** Voorzichtigheid is geboden bij toediening aan patiënten met actieve of latente longtuberculose, schimmel-, virale- of bacteriële infecties. Alvesco® is niet bedoeld voor de behandeling van acute astma aanvallen. Het wordt aanbevolen om de lengte van kinderen en adolescenten die langdurig met inhalatiecorticosteroiden behandeld worden, regelmatig te controleren. Bij het overzetten van orale naar inhalatiecorticosteroïden, dien patiënten gecontroleerd te worden vanwege het risico van een verstoorde bijrijnschorsfunctie. **Interacties:** Gelijktijdige toediening van krachtige CYP3A4 remmers zoals bv. ketoconazol, itraconazol en ritonavir of neflavinir dient vermeden te worden tenzij het voordeel opweegt tegen het verhoogde risico van systemische bijwerkingen van corticosteroiden. **Zwangerschap en borstvoeding:** Er zijn onvoldoende gegevens bekend. Indien toediening overwogen wordt, moeten, net als bij andere ICS, de voordelen voor de moeder afgewogen worden tegenover de mogelijke nadelen voor het (ongeboren) kind. **Rijvaardigheid:** Alvesco® heeft geen of verwaarloosbare invloed op de rijvaardigheid of het vermogen machines te bedienen. **Bijwerkingen:** Soms: paradoxaal bronchospasme, onaangename smaak, reacties (zoals brandend gevoel, ontsteking en irritatie) en droogheid op de plaats van toedienen, heesheid, hoest na inhalatie, huiduitslag en eczeem. Zeer zelden: onmiddellijke of vertraagde hypersensitiviteitsreacties (zoals angio-oedeem met zwelling van de lippen, tong en pharynx). Systemische effecten kunnen zich voordoen, met name bij gebruik van hoge doses, gedurende langere periode. **Overige informatie:** Verpakkingsoorten: Alvesco® 80 Inhalator, Alvesco® 160 Inhalator en Alvesco® 160 AeroChamber Plus™ met mondstuk met 60 gedoseerde inhalaties. Kanalisatie: UR. Vergoedingsstatus: volledig vergoed. Volledige informatie op aanvraag beschikbaar. Alvesco® 80 Inhalator RVG 31632; Alvesco® 160 Inhalator RVG 31633 en Alvesco® 160 AeroChamber Plus™ met mondstuk RVG 32948. (Maart 2007)

**Referenties:** 1. IB tekst Alvesco® 80 Inhalator, Alvesco® 160 en Alvesco® 160 AeroChamber Plus™ met mondstuk, januari 2007 2. Chapman KR, Patel P, D'Urzo AD, et al. Maintenance of Asthma Control by Once-Daily Inhaled Ciclesonide in Adults With Persistent Asthma. Allergy 2005;60(3): 330-337 3. Pearlman DS, Berger WE, Kenwin E, et al. Once-daily ciclesonide improves lung function and is well tolerated by patients with mild-to-moderate persistent asthma. J Allergy Clin Immunol. 2005;116(6):1206-12 4. Langdon CG, Adler M, Mehra S, et al. Once-daily ciclesonide 80 or 320 microg for 12 weeks is safe and effective in patients with persistent asthma. Respir Med. 2005;99(10):1275-85 5. Berger WE. Ciclesonide: a novel inhaled corticosteroid for the treatment of persistent asthma: a pharmacologic and clinical profile. Future Drugs Therapy. 2 (2005) No. 2, Pag. 167-178. 6. Buhl R, Vinkler I, Magyar P, et al. Comparable efficacy of ciclesonide once daily versus fluticasone propionate twice daily in asthma. Pulm Pharmacol Ther. 2006; 19(6) 404-12. 7. Niphadkar P, Jagannath K, Joshi JM, et al. Comparison of the efficacy of ciclesonide 160 microg QD and budesonide 200 microg BID in adults with persistent asthma: a phase III, randomized, double-dummy, open-label study. Clin Ther. 2005 Nov;27(11):1752-63. 8. Postma DS, Sevette C, Martinat Y et al. Treatment of asthma by the inhaled corticosteroid ciclesonide given either in the morning or evening. Eur Respir J. 2001;17:1083-1088. 9. Lipworth BJ, Kaliner MA, LaForce CF, et al. Effect of ciclesonide and fluticasone on hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in adults with mild-to-moderate persistent asthma. Ann Allergy Asthma Immunol. 2005 Apr;94(4):465-72. 10. Derom E, Van De Velde V, Marissen S, et al. Effects of inhaled ciclesonide and fluticasone propionate on cortisol secretion and airway responsiveness to adenosine 5' monophosphate in asthmatic patients. Pulm Pharmacol Ther. 2005;18(5):328-36. 11. Lee DK, Fardon TC, Bates CE, et al. Airway and systemic effects of hydrofluoroalkane formulations of high-dose ciclesonide and fluticasone in moderate persistent asthma. Chest. 2005 Mar;127(3):851-60. 12. Weinbrenner A, Hüneke D, Zschiesche M, et al. Circadian rhythm of serum cortisol after repeated inhalation of the new topical steroid ciclesonide. J Clin Endocrinol Metab. 2002;87:2160-2163

**NYCOMED**

**Alvesco**  
EENMAAL DAAGS  
ciclesonide

**Xolair 150 mg. Samenstelling:** Elke injectiefacilon bevat 150 mg omalizumab, poeder voor oplossing voor injectie. Na oplossen bevat de injectiefacilon 125 mg/ml omalizumab. **Indicatie:** Aanvullende behandeling om de astmacontrole te verbeteren bij volwassen en adolescente patiënten (12 jaar en ouder) met ernstig persistent allergisch astma, die een positieve histidine test of *in vitro* reactiviteit vertonen tegen een permanent aanwezig aëro-allergeen en die een verminderde longfunctie hebben (FEV1 <80%) alsook overdag regelmatig symptomatisch zijn of 's nachts wakker worden en die last hebben gehad van meerdere gedocumenteerde ernstige astma-exacerbaties ondanks de dagelijkse hoge dosis inhalatiecorticosteroiden, plus een geïnhalereerd langwerkende bèta2-agonist. De behandeling moet alleen overwogen worden bij patiënten met overtuigend IgE-gemedieerd astma. **Dosering en wijze van toediening:** De dosis wordt bepaald op basis van de aanvangswaarden van het totaal IgE en lichaamsgewicht. 75-375 mg in 1 tot 3 subcutane injecties tot een maximale dosis van 375 mg per twee weken. Bij patiënten met een IgE lager dan 76 IE/ml is het minder waarschijnlijk dat zij voordeel ervaren. Patiënten met aanvangswaarden van het IgE-gehalte of een lichaamsgewicht, die buiten de limieten van de doseringtabel vallen, mogen Xolair niet krijgen. Zie volledige SmPC tekst voor overzichten van de dosisbepaling. Na 16 weken dient de doeltreffendheid van de behandeling te worden geëvalueerd voordat de behandeling wordt voortgezet. Gedurende de behandeling en tot 1 jaar na stopzetting blijven de IgE waarden verhoogd en vormen geen parameter meer voor de dosisbepaling. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor omalizumab of één van de hulpstoffen. **Waarschuwingen/voorzorgsmaatregelen:** Xolair is niet geïndiceerd voor de behandeling van astma-exacerbaties. Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met auto-immuunziekten, reeds bestaande nier- of leverinsufficiëntie of chronisch hoog risico op worminfecties. Abrupte beëindiging van therapie met corticosteroiden na de start van de Xolair behandeling wordt niet aanbevolen. Patiënten met diabetes mellitus, het glucose-galactosemalabsorptie syndroom, fructose-intolerantie of sucrose-isomaltase-deficiëntie dienen te worden gewaarschuwd dat één dosis Xolair 150 mg 108 mg sucrose bevat. Medicatie voor de behandeling van anafylactische reacties dient altijd voor onmiddellijk gebruik beschikbaar te zijn na toediening van Xolair. Xolair dient niet tijdens de zwangerschap te worden gebruikt, tenzij strikt noodzakelijk. Tijdens behandeling dient geen borstvoeding gegeven te worden. **Interacties:** Er is geen farmacologische reden om te verwachten dat de gebruikte astma-medicatie interacties met omalizumab zal opleveren. **Bijwerkingen:** Vaak: Hoofdpijn; reacties op de plaats van injectie zoals pijn, erythema, pruritus en/of zwelling. Soms: Duizeligheid; slaperigheid; parasthesiën; syncope, orthostatische hypotensie; flushing; faryngitis; hoesten; allergische bronchospasme; misselijkheid; diarree; dyspepsie; urticaria; rash; pruritus; fotosensitiviteit; gewichtstoename; moeheid; oedeem armen; influenza-achtige ziekte. Zelden: Parasitaire infectie; anafylactische reactie; andere ernstige allergische aandoeningen; larynx- en angio-oedeem. Onbekend: Idiopathische ernstige trombocytopenie; allergische granulomatuze vasculitis (met name Churg-Straus syndroom); artralgie; myalgie; zwelling van gewrichten; alopecia. **Afleverstatus:** U.R. **Verpakking en prijs:** Zie Z-Index. **Datering Samenvatting van de Productkenmerken:** 30 mei 2007.

Raadpleeg voor meer informatie de geregistreerde Samenvatting van de Productkenmerken. Te verkrijgen bij Novartis Pharma B.V., Postbus 241, 6800 LZ Arnhem, 026-3782111, of via [www.novartis.nl](http://www.novartis.nl)

**NOVARTIS**

Novartis Pharma B.V.  
Postbus 241, 6800 LZ Arnhem  
Tel. 026 3782 111  
[www.novartis.nl](http://www.novartis.nl)

**Xolair**  
omalizumab

**Verkorte productinformatie: SYMBICORT® Turbuhaler® 200/6 (29 november 2006) – versie 05.07**

**Farmacologische vorm en samenstelling:** Inhalatiepoeder. Symbicort Turbuhaler 200/6 (120 doses): geeft 200 microgram budesonide en 6 microgram formoterol af per inhalatie. **Farmacologische groep:** adrenergica en andere geneesmiddelen tegen benauwdheidsklachten. **Indicatie:** Astma. Voor de onderhoudsbehandeling van astma, wanneer het gebruik van een combinatie van een inhalatiecorticosteroid met een langwerkende bèta2-agonist geschikt wordt geacht bij patiënten wiens astma niet adequaat onder controle is met een inhalatiecorticosteroid en 'zondag' een kortwerkende bèta2-agonist of bij patiënten wiens klachten al adequaat onder controle zijn met een inhalatiecorticosteroid en een langwerkende bèta2-agonist. **COPD:** Symptomatische behandeling van patiënten met ernstig COPD (FEV1 < 50% voorspeld normaal) en een anamnese van herhaalde exacerbaties, die ondanks reguliere therapie met langwerkende luchtverwijders significante symptomen hebben. **Dosering en wijze van toediening:** Astma: Symbicort TH is niet bedoeld voor de initiële behandeling van astma. Voor Symbicort zijn 2 behandelmethoden. **1) Symbicort Maintenance and Reliever Therapy (SMART, onderhouds- en 'zondag' behandeling als respons op symptomen) of 2) Symbicort onderhoudsbehandeling.** Symbicort onderhouds- en 'zondag' behandeling (SMART) dient speciaal overwogen te worden bij patiënten waar onvoldoende controle van astma bestaat en regelmatig gebruik van 'zondag' medicatie voorkomt en bij patiënten met astma-exacerbaties in het verleden waarbij medicatie interventie nodig was. **1) Dosering Symbicort (SMART) onderhouds- en 'zondag' behandeling:** Volwassenen (18 jaar en ouder): de onderhoudsdosering is 2 inhalaties Symbicort TH 200/6 per dag (voor sommige patiënten kan een onderhoudsdosering van twee maal daags 2 inhalaties van toepassing zijn). Patiënten dienen indien nodig 1 extra inhalatie te gebruiken bij symptomen. Wanneer de symptomen na enkele minuten aanhouden dient nog een extra inhalatie gebruikt te worden. Per keer mogen niet meer dan 8 inhalaties gebruikt worden. Een dagelijks gebruik van meer dan 8 inhalaties is normaal gesproken niet nodig. Gedurende een beperkte periode mogen dagelijks maximaal 12 inhalaties gebruikt worden. Patiënten die dagelijks meer dan 8 inhalaties gebruiken, wordt sterk aangeraden medisch advies te vragen. **2) Dosering Symbicort Onderhoudsbehandeling:** Volwassenen (18 jaar en ouder): tweemaal daags 1-2 inhalaties Symbicort TH 200/6 (maximaal tweemaal daags 4 inhalaties per dag). Jongvolwassenen (12 t/m 17 jaar): tweemaal daags 1-2 inhalaties Symbicort TH 200/6. Wanneer de klachten doorgaans onder controle zijn met een tweemaal daags dosering, kan de dosering worden verlaagd tot een éénmaal daags dosering. Kinderen (6 jaar en ouder): tweemaal daags 2 inhalaties Symbicort TH 100/6. **COPD:** Volwassenen: tweemaal daags 2 inhalaties Symbicort TH 200/6. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid (allergie) voor budesonide, formoterol of geïnhalereerde lactose. **Waarschuwingen en voorzorgen:** Staak de behandeling niet abrupt, maar bouw geleidelijk af. Raad patiënten aan altijd hun snelwerkende luchtverwijder achter de hand te houden: ofwel Symbicort (bij toepassing volgens het SMART concept) ofwel een aparte snelwerkende luchtverwijder. Start de behandeling niet gedurende een exacerbatie. Het 'zondag' gebruik van Symbicort is niet bedoeld als profylaxe, bijvoorbeeld bij inspanning. Paradoxaal bronchospasme kan optreden. Mogelijke systemische bijwerkingen zijn onder meer: bijnierschorssuppressie, remming van de groei bij kinderen en jongvolwassenen, afname van de botdichtheid, cataract en glaucoom. Indien een versterking van de bijnierfunctie aanmerkelijk is als gevolg van een eerdere systemische corticosteroidtherapie, dan moet men voorzichtig zijn met het overzetten op Symbicort TH. Adviseer de patiënt na inhalatie de mond met water te spoelen ter voorkoming van mondschimmel. Pas Symbicort TH met de nodige voorzichtigheid toe bij patiënten met thyreotoxicose, feochromocytoom, diabetes mellitus, onbehandelde hypokaliëmie, hyperreflexie obstructieve cardiomyopathie, idiopathische subvalvulaire aorta stenose, ernstige hypertensie, aneurysma of andere ernstige cardiovasculaire aandoeningen (zoals ischemische hartziekten, tachy-arritmieën, ernstig hartfalen en een verlengd QT-interval), actieve of latente longtuberculose, schimmelinfecties of virale infecties van de luchtwegen. **Interacties:** sterke CYP 3A4-remmers (zoals itraconazol en ritonavir), bèta-blokkers (inclusief oogdruppels), kindine, disopyramide, procaïnamide, fenothiazines, antihistaminica (terfenadine), MAO-remmers, furazolidon, procarbazine, tricyclische antidepressiva, L-Dopa, L-thyroxine, oxytocine, alcohol, gehalogeneerde koolwaterstoffen, andere bèta-agonisten en digitaalisglycosiden. **Bijwerkingen:** Vaak (10 - 1100): hoofdpijn, palpaties, tremor, cardiacafecties in de mondholte, milde irritatie in de keel, hoesten, heesheid. Soms (100 - 11000): tachycardie, spierkrampen, agitatie, rusteloosheid, nervositeit, slaapproblemen, misselijkheid, duizeligheid en blauwe plekken. Zelden (1000 - 10.000): atriumbrillatie, supraventriculaire tachycardie, extrasystoles, exanthem, urticaria, pruritus, dermatitis, angio-oedeem, hypokaliëmie en bronchospasmen. Zeer zelden (< 100.000): angina pectoris, toekomen van symptomen van systemische glucocorticosteroid effecten (inclusief hypofunctie van de bijnier), hyperglykemie, staktoornissen, depressie, gedragsstoornissen (met name bij kinderen) en bloeddrukverhogingen. **Afleverstatus:** U.R. volgedige vergoeding. **Uitgebreide productinformatie:** Voor de volledige productinformatie wordt verwezen naar de IBI-tekst op [www.astrazeneca.nl](http://www.astrazeneca.nl). IBI tekst Symbicort Turbuhaler 200/6 goedgekeurd 14 november 2006. Voor overige informatie en literatuurservice: AstraZeneca BV, Postbus 599, 2700 AN Zoetermeer. Tel. (079) 363 22 22 of 0800-SMARTINFO (0800-762784636).

**Referenties**

- 1 IBI tekst Symbicort 200/6
- 2 Rabe et al. Chest 2006; 129: 246-256
- 3 Scicchitano et al. Curr Med Res Opin 2004; 20: 1403-1418
- 4 O'Byrne et al. Am J Respir Crit Care Med 2005; 171(2): 129-136
- 5 Rabe et al. Lancet 2006; 368: 744-753
- 6 Vogelmeier et al. Eur Respir J 2005; 26: 819-828
- 7 Kuna et al. Int J Clin Pract 2007; 61(5): 725-736

**Symbicort®**  
budesonide/formoterol

**Alimta, verbeterd perspectief bij NSCLC**

Verkorte productinformatie ALIMTA®

**Naam en farmacologische vorm:** ALIMTA 500 mg poeder voor concentraat voor oplossing voor intraveneuze infusie. **Samenstelling:** Elke injectiefacilon bevat 500 mg pemetrexed (als pemetrexed dinatrium). **Farmacotherapeutische groep:** Foliolymuranalogen. **Indicaties:** ALIMTA is in combinatie met cisplatine aangegeven voor de behandeling van chemotherapie naïeve patiënten met inoperabel maligne mesothelioom van de pleura. ALIMTA is aangegeven als monotherapie voor de behandeling van patiënten met lokaal gevorderd of gemetastaseerd niet kleincellig longcarcinoom na voorafgaande chemotherapie. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor pemetrexed of voor één van de hulpstoffen. Borstvoeding stoppen tijdens behandeling met pemetrexed. Gelijktijdige vaccinatie voor gele koorts. **Waarschuwingen:** Pemetrexed kan de beenmergfunctie onderdrukken wat zich uit in neutropenie, trombocytopenie en anemie. Myelosuppressie is meestal de dosisbeperkende toxiciteit. Patiënten tijdens de behandeling controleren op myelosuppressie en pemetrexed pas toedienen als de absolute neutrofielconcentratie (ANC) naar  $\geq 1500$  cellen/mm<sup>3</sup> en de plaatjesconcentratie naar  $\geq 100.000$  cellen/mm<sup>3</sup> is teruggekeerd. Dosisreducties voor volgende cycli zijn gebaseerd op laagste ANC, laagste plaatjesconcentratie en maximale niet hematologische toxiciteit waargenomen tijdens de vorige cyclus. Bij het fase-3-mesothelioomonderzoek werd in totaal minder toxiciteit en een reductie in hematologische en niet-hematologische toxiciteiten klasse 3 en 4, zoals neutropenie, met koorts gepaard gaande neutropenie en infectie met neutropenie klasse 3 en 4 gemeld wanneer voorbehandeling met foliumzuur en vitamine B12 plaatsvond. Patiënten die worden behandeld met pemetrexed moeten worden geïnstrueerd als profylactische maatregel foliumzuur en vitamine B12 te gebruiken. Bij patiënten die niet met een corticosteroid waren voorbehandeld zijn huidreacties gemeld. Voorbehandeling met dexamethason (of equivalent) kan de incidentie en ernst van huidreacties verminderen. Het gebruik van pemetrexed bij patiënten met een creatinineklaring van < 45 ml/min wordt niet aanbevolen. Patiënten met lichte tot matige nierinsufficiëntie (creatinineklaring 45 tot 79 ml/min) dienen af te zien van het gebruik van niet-steroidale anti-inflammatoire middelen (NSAIDs), zoals ibuprofen, en aspirine (> 1,3 g per dag) gedurende 2 dagen vóór, op de dag van en 2 dagen na toediening van pemetrexed. Alle patiënten die in aanmerking komen voor therapie met pemetrexed dienen af te zien van het gebruik van NSAIDs met een lange eliminatiehalfwaardetijd gedurende tenminste 5 dagen vóór, op de dag van en tenminste 2 dagen na toediening van pemetrexed. Bij patiënten met klinisch significant vocht in de derde ruimte, moet worden overwogen om de effusie te draineren voordat pemetrexed wordt toegediend. Vanwege de gastro-intestinale toxiciteit van pemetrexed wanneer het in combinatie met cisplatine gegeven wordt, is ernstige uitdroging waargenomen en dienen patiënten een adequate behandeling met anti-emetica te krijgen en een toereikende hydratatie vóór en/of na de behandeling. Tijdens klinische onderzoeken met pemetrexed zijn soms ernstige cardiovasculaire bijwerkingen, inclusief myocardiinfarct en cerebrovasculaire bijwerkingen gemeld, in de meeste gevallen wanneer het gegeven werd in combinatie met een ander cytotoxisch middel. De meeste patiënten bij wie deze bijwerkingen werden waargenomen, hadden reeds bestaande cardiovasculaire risicofactoren. Als gevolg van verminderde afweer wordt het gebruik van levende, verzwaakte vaccins (met uitzondering van gele koorts) niet aanbevolen. Pemetrexed kan genetisch schadelijke effecten hebben. Geslachtstrijpe mannen wordt geadviseerd gedurende de behandeling en tot 6 maanden daarna geen kind te verwekken. Aanbevolen wordt gebruik te maken van anticonceptiemiddelen of onthouding. Vanwege de mogelijkheid dat behandeling met pemetrexed irreversibel onvruchtbaarheid kan veroorzaken, wordt mannen aangeraden advies in te winnen over sperma-opslag voordat ze met de behandeling beginnen. Vrouwen in de vruchtbare leeftijd moeten gedurende de behandeling met pemetrexed effectieve anticonceptie gebruiken. **Bijwerkingen:** (uit onderzoek naar patiënten met mesothelioom)  $\geq 10\%$ : neutrofielen/granulocyten afgenomen, leukocyten afgenomen, hemoglobine afgenomen, plaatjes afgenomen, misselijkheid, overgeven, stomatitis/pharyngitis, anorexie, diarree, obstipatie, vermoeidheid, sensorische neuropathie, creatinineverhoging, verminderde creatinineklaring, huiduitslag, alopecia;  $>5\%$  en  $<10\%$ : conjunctivitis, dyspepsie, uitdroging, dysgeusie;  $>1\%$  en  $\leq 5\%$ : verhoogd AST, ALT en GGT, infectie, koorts, met koorts gepaard gaande neutropenie, nierfalen, pijn op de borst, urticaria;  $\leq 1\%$ : artmie, motorische neuropathie; (uit onderzoek naar patiënten met lokaal gevorderd of gemetastaseerd niet kleincellig longcarcinoom)  $\geq 10\%$ : hemoglobine afgenomen, leukocyten afgenomen, neutrofielen/granulocyten afgenomen, misselijkheid, anorexie, overgeven, stomatitis/pharyngitis, diarree, vermoeidheid, huiduitslag/afschilfering;  $>5\%$  en  $<10\%$ : plaatjes afgenomen, obstipatie, koorts, SGPT (ALT) verhoging, SGOT (AST) verhoging, pruritus, alopecia;  $>1\%$  en  $\leq 5\%$ : sensorische neuropathie, motorische neuropathie, buikpijn, verhoogd creatinine, met koorts gepaard gaande neutropenie, infectie zonder neutropenie, allergische reactie/overgevoeligheid en erythema multiforme;  $\leq 1\%$ : supraventriculaire arritmieën, pancytopenie. Tijdens klinische onderzoeken zijn soms ernstige cardiovasculaire en cerebrovasculaire bijwerkingen gemeld, inclusief myocardiinfarct, angina pectoris, cerebrovasculair accident en T.I.A. (transient ischemic attack), in de meeste gevallen in combinatie met een ander cytotoxisch middel. De meeste patiënten bij wie deze bijwerkingen werden waargenomen, hadden reeds bestaande cardiovasculaire risicofactoren. Zeldzame gevallen van hepatitis, mogelijk ernstig, zijn gemeld tijdens klinische studies met pemetrexed. Tijdens post-marketing ervaring zijn zeldzame gevallen van colitis zijn gerapporteerd. **Afleverstatus:** U.R. Prijs: zie Z-Index. **Datum revisie:** februari 2006. **Registratiehoofd/informatie:** Eli Lilly Nederland BV, Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten, tel. 030-6025800.

[www.lilly.nl](http://www.lilly.nl)

Lilly Oncology

**Lilly**  
Answers That Matter.

**EPREX®**  
epoëfine alfa

Productinformatie behorende bij advertentie elders in dit blad

**samenstelling en afleveringsvormen** Eprex is een steriele injectievloeistof met epoëfine alfa. Eprex is beschikbaar in voorgevulde spuitenn met 1000 I.E./0,5ml, 2000 I.E./0,5ml, 3000 I.E./0,3ml, 4000 I.E./0,4ml, 6000 I.E./0,6 ml, 8000 I.E./0,8 ml, 10.000 I.E./ml of 40.000 I.E./ml. **Indicaties en dosering** Behandeling van anemie ten gevolge van chronische nierinsufficiëntie bij volwassen en pediatrische hemodialysepatiënten en bij volwassen patiënten die peritoneale dialyse ondergaan. Behandeling van ernstige anemie van renale oorsprong met klinische symptomen bij volwassen predialysepatiënten. Behandeling van anemie en vermindering van transfusiebehoeften bij volwassen patiënten die chemotherapie krijgen voor solide tumoren, kwaadaardige lymfomen of multipel myeloom, en met risico op transfusie vastgesteld op basis van de algemene toestand van de patiënt. Ter verhoging van de opbrengst aan autolog bloed van patiënten in een autolog bloeddonatieprogramma. Om blootstelling aan allogene bloedtransfusies te beperken. De dosering is afhankelijk van de aandoening. Het is van uiterst belang voor toediening de uitgebreide productinformatie te lezen. **contra-indicaties** Hypertensie die niet onder controle is. Alle contra-indicaties die verband houden met autologe bloeddonatieprogramma's moeten in acht worden genomen bij patiënten die hiervoor ook epoëfine alfa krijgen toegediend. Overgevoeligheid voor het product of een van zijn bestanddelen. Het gebruik van epoëfine alfa bij patiënten bij wie vooraf geen voorraad autolog bloed werd verzameld en bij wie een majeure, electieve, orthopedische heekkundige ingreep is gepland, is gecontra-indiceerd bij een ernstige aandoening van de kranslagaders, de perifere artieren, de arteria carotis of de bloedvaten van de hersenen. De behandeling is ook gecontra-indiceerd bij patiënten die recentelijk een myocardiinfarct of cerebrovasculair accident hebben doorgemaakt. Patiënten die om welke reden dan ook geen adequate antitrombotische profylaxe kunnen krijgen. Patiënten die erythrocytäre aplasie ontwikkelen gedurende de behandeling met een willekeurig erythropoëtin, mogen Eprex of een ander erythropoëtin toegediend krijgen. **waarschuwingen** De snelheid waarmee het hemoglobinegehalte mag toenemen, schommelt rond 0,62 mmol/L/maand (1g/dl/maand) en mag de 1,25 mmol/L/maand (2 g/dl/maand) niet overschrijden om de risico's voor een toename van hypertensie te beperken. Zie ook de uitgebreide productinformatie. **interacties** Er zijn geen gegevens die aantonen dat epoëfine alfa invloed heeft op het metabolisme van andere geneesmiddelen. Indien epoëfine alfa gelijktijdig met ciclosporine wordt gebruikt, dienen de bloedspiegels van ciclosporine te worden gevolgd en moet de dosis van ciclosporine worden aangepast wanneer het hematocriet stijgt. **zwangerschap en borstvoeding** Er werden tot op heden geen adequate en goed gecontroleerde studies tijdens de zwangerschap bij de mens uitgevoerd. Dierexperimentele studies tonen reproductietoxiciteit aan. Dit heeft als gevolg dat bij zwangere vrouwen of patiënten die borstvoeding geven en die aan een autolog predonatieprogramma vóór een heekkundige ingreep deelnemen, het gebruik van epoëfine alfa niet wordt aangeraden. **bijwerkingen** De meest beschreven bijwerking tijdens een epoëfine alfa-behandeling is een dosisafhankelijke verhoging van de bloeddruk of een toename van een bestaande hypertensie. Deze bloeddrukstijging kan met geneesmiddelen worden behandeld. Controle van de bloeddruk wordt derhalve aanbevolen, vooral bij aanvang van de therapie. Incidenteel kunnen zich bij patiënten met normale of lage bloeddruk een hypertensieve crisis met encefalopathische symptomen (bijv. hoofdpijn en verwardheid) en tonisch-klonische aanvallen voordoen; een intensieve medische behandeling is dan noodzakelijk. Bijzondere aandacht dient te worden geschonken aan patiënten met plots optredende, migraine-achtige hoofdpijn als mogelijk sein voor bovengenoemde symptomen. Er kunnen zich, vooral bij het begin van de behandeling, griep-achtige symptomen voordoen, zoals hoofdpijn, gewrichtspijn, gevoel van zwakte, duizeligheid en vermoeidheid. Trombocytose komt zelden voor. Shunt-trombose kan zich voordoen, vooral bij patiënten die een neiging hebben tot hypotensie of bij wie de arterioveneuze fistulae complicaties vertonen (bijv. stenose, aneurysmata, etc.). Een regelmatige shunt-revisie en tromboseproylaxe, bijvoorbeeld door het toedienen van acetylsalicylzuur, wordt bij deze patiënten aanbevolen. Antilichaam-gemedieerde erythrocytäre aplasie werd gemeld na maanden- tot jarenlange behandeling met Eprex. **prijzen** Volgens Z-Index. **vergoeding** Volledige vergoeding. **uitgebreide productinformatie** Op verzoek beschikbaar. **datum** mei 2007.

**ORTHO BIOTECH**  
EEN DIMSIE VAN JANSSEN-CILAG B.V.

Internet: [www.janssen-cilag.nl](http://www.janssen-cilag.nl), E-mail: [obi@jancil.nl](mailto:obi@jancil.nl),  
Telefoon: 0800-020 21 22







**Foradil**<sup>®</sup>  
formoterol







9.15 uur

## wat zet u in beweging met uw handtekening?

Eprex® (epoëtine alfa). U kunt het voorschrijven bij patiënten met anemie ten gevolge van chemotherapie. Of als ondersteuning bij majeure electieve orthopedische ingrepen. Dat is niets nieuws. Wellicht is wel nieuw voor u wat er gebeurt nadat u uw handtekening heeft gezet. U zult tot nu toe weinig of helemaal niets hebben gemerkt van wat zich bij de Eprex Thuiservice achter de schermen afspeelt. En dat is precies de bedoeling. We willen u tenslotte alle zorg volledig uit handen

nemen. Toch is het goed om te weten wat u in beweging zet met uw handtekening. U kunt Eprex online aanvragen op [www.eprexthuiservice.nl](http://www.eprexthuiservice.nl). De machtiging wordt geregeld en Eprex wordt binnen drie dagen na aanvraag door een professioneel verpleegkundige toegediend. Ons team onderhoudt het contact, beantwoordt vragen en zorgt voor de constante kwaliteit van het product en de behandeling. Dat leidt tot overwegend positieve reacties van zowel verpleegkundigen als patiënten. Mevrouw Zagers: Ondanks mijn ziekte ben ik heel blij met het wekelijkse bezoek van de verpleegkundige Els. Ze beantwoordt al mijn vragen en dat geeft me een veilig gevoel." Fred Brouwers: "Ik merk hoe het gewaardeerd wordt dat ik wekelijks langskom."

**de Eprex Thuiservice**  
anemiebehandeling in goede handen.



13.32 uur



16.08 uur