

# PULMO *Script*

Officieel orgaan van de NVALT

Jaargang 17, nummer 4, december 2007



*In dit nummer:*

- ICT en NVALT
- Lustrumviering 30-31 mei '08
- Belevissen in Afghanistan (2)

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 Baaij

Uiterste datum voor insturen kopij nr. 1: 15 februari 2008

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.

Van Engelen - tekst, vormgeving en drukwerkadviezen - Eindhoven

ISSN 0925-4749



# Inhoud

Inhoud	3
Ten geleide	4
<b>Bestuur</b>	
Van de bestuurstafel	5
Bespreking Beleidsplan NVALT	7
Notulen Huishoudelijke Vergadering 5 oktober 2007	9
Samenvattingen Wetenschappelijke Vergadering 5 oktober 2007	17
<b>Werk in uitvoering</b>	
Chronische nachtelijke non-invasieve beademing na acuut respiratoir falen bij patiënten met ernstig COPD	20
<b>Commissies, secties en werkgroepen</b>	
Commissie Beroepsbelangen: ICT en NVALT	21
Werkgroep complicatieregistratie: Complicaties volgens NVALT-lijst	23
<b>Nascholing</b>	
“Capture-recapture Methods in Surveillance of Tuberculosis and Other Infectious Diseases” Samenvatting proefschrift R. van Hest	28
<b>Ingezonden</b>	
Uitreiking Novartis Pulmonologie Prijs 2007	32
Verlag ACCP door 2 aios longziekten	33
“Aangenaam verrast” door Ralph Koppers	36
Lustrumviering 30 en 31 mei 2008	37
Belevissen in Afghanistan (deel 2), door Henk Berendsen	38
Sluiting secretariaat Kerstvakantie	43
<b>Congresagenda</b>	44

Bij de voorplaat:

Henk Berendsen vertelt in deze editie verder over zijn belevissen in Afghanistan

## Ten geleide

Bij het verschijnen van deze editie van PulmoScript is 'het heerlijk avondje' al weer achter de rug en heeft Sinterklaas het stokje overgegeven aan de Kerstman. Rudolf en zijn vrienden lopen zich warm en de eerste 'reumabollen' zijn gebakken. Het was weer een mooi verenigingsjaar, met voor mij als absoluut hoogtepunt het nieuwe Beleidsplan. Het komende jaar hopen we een start te kunnen maken met de uitvoering. Onveranderd geldt daarbij, 'vraag niet wat de vereniging voor u kan doen, maar wat u voor de vereniging kunt doen'.

De voorliggende PulmoScript kan als inhoudelijk als vrij zakelijk worden betiteld, maar de onderwerpen zijn daarom voor het werk van alle dag niet minder relevant.

Standaardisatie van de PET scan opent mogelijk nieuwe deuren. Naar het zich nu laat aanzien, zal de rol van de PET scan nog belangrijker worden bij de behandeling van patiënten met longkanker. Niet alleen lijkt de PET scan van waarde in het diagnostisch traject, maar ook komen er steeds meer aanwijzingen dat de PET scan een rol zal kunnen spelen bij de (follow-up) van de behandeling.

Anno 2007 blijken wij als longartsen, de bekende uitzondering daar gelaten, nog weinig gebruik te maken van de mogelijkheden die de ICT ons kan bieden. We

blijken in deze ook nogal passief en laten het initiatief veelal aan onze ziekenhuizen. Het bestuur is van mening dat we hier kansen laten liggen en heeft dan ook het voornemen een projectgroep in het leven te roepen. Arjan Rudolphus roept geïnteresseerden op zich als (potentieel) lid aan te melden.

De proeffase van de NVALT complicatieregistratie gaat van start! Niet een onderwerp waar een ieder warm voor loopt, maar wel een absoluut onmisbaar instrument in een tijd dat kwaliteit en toetsing van kwaliteit een steeds voorname rol krijgen.

De samenvatting van het proefschrift van Rob van Hest, tuberculose arts en epidemioloog, geeft u de gelegenheid kennis te nemen van methoden om inzicht te verkrijgen in de werkelijke incidentie van infectieziekten aan de hand van beschikbare bronnen. Collega van Hest komt voorts met een aantal praktische aanbevelingen om de huidige registratie van infectieziekten te verbeteren, waarbij in zijn visie het gebruik van ICT centraal staat.

Ralph Koppers doet verslag van de eerste 'Friese Mannelijke Longartsennacht'. In een deel van de gevoelens van Ralph zullen de meeste mannelijke longartsen zich herkennen. Zelf heb ik wel eens overwogen om, met een beroep op het grondwet-

telijke verbod op discriminatie op basis van geslacht, via de rechter deelname af te dwingen. Ik heb het nooit gedaan omdat ik bang was dat ik in het gelijk zou worden gesteld. Dat het door Ralph beschreven mannelijke alternatief bij vrouwen aanleiding zal zijn tot vergelijkbare gevoelens, lijkt me echter niet erg aannemelijk. Eerder zullen ze zich gesterkt voelen in hun oordeel dat ze voor een geslaagde vrouwelijke longartsendag geen echte mannen nodig hebben ...

De uitnodiging van Kees van Herwaarden om als wetenschappelijk secretaris te reageren op zijn Pulmopen neem ik graag aan. In het licht van het feit dat op initiatief van de Raad voor het Wetenschapsbeleid op dit moment initiatieven worden ontplooid om, in samenspraak met op het gebied van de (basale) wetenschap actieve onderzoekers, te komen tot een NVALT beleidsplan, heb ik er echter voor gekozen mijn reactie uit te stellen tot de voorjaarseditie van PulmoScript. Ik hoop u dan tevens te kunnen informeren over de voortgang van deze activiteiten.

Onder dankzegging aan diegenen die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van deze PulmoScript wens ik u goed feestdagen en een heel voorspoedig 2008.

*Paul Bresser, wetenschappelijk secretaris*

## Van de Bestuurstafel

Het meerjaren beleidsplan 2008-2012 stond centraal tijdens de najaarsvergadering die onlangs in Utrecht plaatsvond. Hoewel een belangrijk thema, waarvan ieder lid op de hoogte was gesteld, waren slechts 52 (=7 %) leden aanwezig. Hoewel je als bestuur dan even de betrokkenheid van die andere leden in twijfel trekt werd deze matige opkomst ruimschoots gecompenseerd door de zeer stimulerende discussie die vervolgens plaatsvond met de wel aanwezige leden. Onderwerp was de professionalisering van de NVALT, wat door de aanwezigen ook als noodzakelijk gezien werd. Concreet betekent dit dat bestuursleden (uit het Dagelijks Bestuur) per 2008 betaald worden voor die uren die zij aan de NVALT besteden. Ook andere bestuurs- en/of commissieleden worden betaald indien zij structureel minimaal een halve dag per week NVALT werkzaamheden verrichten. Uiteraard blijven de bestaande afspraken met de diverse commissies cq. werkgroepen gehandhaafd. Ook is afgesproken dat de bijdrage van sponsors aan onze begroting gelimiteerd wordt, terwijl er slechts een geringe contributieverhoging van de leden tegenover staat. Het komt erop neer

dat het nieuwe beleid financiële ruimte creëert om het leden mogelijk te maken NVALT activiteiten te verrichten.

Hoe die activiteiten er in 2008 uit gaan zien staat precies vermeld in ons jaarplan 2008. In grote lijnen vallen deze activiteiten onder te verdelen in: opleiding en nascholing, kwaliteitsbeleid, wetenschappelijk onderzoek, belangenbehartiging, platform voor leden en aanspreekpunt externe partijen. Binnen het kwaliteitsbeleid zijn er de nodige ontwikkelingen die extra toelichting behoeven. Op dit moment lijkt het zo te zijn dat er per jaar voor de NVALT Euro 135.000 is voor kwaliteitsbeleid, exclusief het geld wat wij krijgen voor de kwaliteit-visitaties. Omdat dat bedrag o.a. gebruikt kan worden voor richtlijnontwikkeling heeft Bert Roldaan, voorzitter van de Commissie richtlijnen, zijn best gedaan om de mensen die met richtlijnen bezig zijn aan te sporen deze voor 1 december in te dienen. De richtlijnen ernstig astma en kleincellig longcarcinoom, die het verst zijn in hun ontwikkeling, zijn door ons geprioriteerd, het geen betekent dat daar waarschijnlijk geld voor kan worden

ontvangen. De Raad WOK, onderdeel van de OMS die bezighoudt met Wetenschap, Onderzoek en Kwaliteit, en waarin alle wetenschappelijke vergaderingen vertegenwoordigd zijn, zal op 13 december geheel in het teken staan van het nieuwe kwaliteitsbeleid. Tijdens deze vergadering zal duidelijk worden hoe de verdeling van gelden binnen alle verenigingen plaats zal vinden en aan welke voorwaarden voldaan moet worden. Kortom een belangrijke vergadering waar de NVALT door meerdere mensen vertegenwoordigd zal zijn.

Dames en heren, als u deze Pulmoscript leest staan wij op de drempel van 2008. Het jaar waarin de NVALT op 30 en 31 mei haar honderdjarig bestaan viert. Reden te meer om u een zeer goed 2008 te wensen waarbij hopelijk de NVALT een prominente rol gaat spelen.

*Met vriendelijke groet,*

*namens het bestuur*

*Peter Wijkstra, voorzitter*

# DE KRACHT DIE JE HELPT STOPPEN.



**CHAMPIX** - een veilig nicotinevrij middel dat rokers **eindelijk** de kracht biedt om te stoppen<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 t/m 3 van de behandeling: 0,5 mg éénmaal per dag; dag 4 t/m 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 geïrriteerdheid, 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 dosis aanpassing 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, concentratiemoelijkheden, rusteloosheid, verlaagde hartslag, toegenomen eetlust of gewichtstoename. Er is geen poging ondernomen om in het ontwerp van 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 tranproductie, tinnitus, dyspnoe, hoesten, heesheid, faryngolaryngeale pijn, keelirritatie, congestie van de luchtwegen, congestie van de sinus, neusafscheiding, rinorroe, snurken, hematemes, hematochezie, gastritis, gastro-oesofageale refluxziekte, buikpijn, verandering in darmgedrag, abnormale feces, oprispingen, afteuze stomatitis, pijn aan het tandvles, beslagen tong, algemene rash, erythem, pruritus, acne, hyperhidrose, nachtzweeten, stijve gewrichten, spierspasmen, pijn in de borstwand, costochondritis, glycosurie, nycturie, polyurie, menorrhagie, vaginale afscheiding, seksuele disfunctie, borstklachten, pijn op de borst, pyrexie, koudegevoel, asthenie, slaapritmestoornissen, malaise, cyste, verhoogde bloeddruk, depressie van het ST-segment op het electrocardiogram, verlaagde T-golffluctuatie op het electrocardiogram, verhoogde hartslag, abnormaal leverfunctieonderzoek, verlaging van het aantal bloedplaatjes, gewichtstoename, abnormaal sperma, verhoogd C-reactief eiwit, verlaagde bloedcalciumconcentratie. Er zijn post-marketing gevallen van myocardiart 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 taxen. **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.



CHA-07-090

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

# Bespreking Beleidsplan NVALT

5 oktober 2007

7

Wijkstra geeft uitleg over de totstandkoming van het beleidsplan.

Het voorliggende beleidsplan bestaat uit het NVALT Meerjarenbeleidsplan 2008-2012, de bijbehorende NVALT Meerjarenbegroting 2008-2013 en het NVALT Jaarplan 2008. De aanleiding tot de ontwikkeling van dit beleidsplan wordt door Wijkstra verwoord. Wijkstra geeft aan dat middels een SWOT analyse gekeken is naar de sterke punten en de bedreigingen voor de Vereniging. Via een knelpuntenanalyse in 2006 door Bestuurders, Commissie-leden en Oudbestuurders zijn een aantal belangrijke punten naar voren gekomen waar de NVALT zich op zou moeten richten. De belangrijkste punten waren: Complexe beleidsmatige vragen, Opleiding/opleidingseisen, DBC-problematiek, COPD ketenzorg, Profilering longgeneeskunde, Kwaliteitseisen, Dure geneesmiddelen, Wetenschapsbeleid. Vraag is of de NVALT deze punten op eigen kracht zou moeten invullen of dat dit samen met de Interne Geneeskunde zou moeten. Het Bestuur heeft besloten dat de NVALT dit beleidsplan zelfstandig moet kunnen invullen. Het Bestuur heeft vervolgens een Meerjarenbeleidsplan 2008-2012 gemaakt met 6 belangrijke peilers, t.w.: - de opleiding, - de nascholing, - het kwaliteitsbeleid, - wetenschappelijk onderzoek, - belangenbehartiging, - overleg en aanspreekpunt.

Daarnaast is er een Jaarplan 2008 gemaakt waarbij de 6 genoemde peilers gelinkt zijn aan bepaalde commissies en onderwerpen.

Voor wat betreft de Opleiding zijn de belangrijkste onderwerpen de opleidingsplaatsen en het masterplan, waarbij het Concilium en de CROL betrokken zijn.

De Nascholing: de Sectie School voor Longziekten heeft inmiddels een beleidsplan voor de Nascholing geschreven.

De Kwaliteit: belangrijkste onderwerpen zijn de ontwikkeling van richtlijnen en het opzetten van een complicatieregistratie. Hierbij zijn de Commissie Richtlijnen en de Commissie Beroepsbelangen betrokken.

De Wetenschap: de Raad voor het Wetenschapsbeleid zal de werkgroepen initiëren en/of faciliteren bij het opzetten van wetenschappelijk onderzoek. Samen met de Raad voor het Wetenschapsbeleid en de Nederlandse Longstichting zullen knelpunten in het wetenschappelijk onderzoek geïnventariseerd worden.

De Collectieve Belangenbehartiging: Het Bestuur zal invulling geven aan de ketenzorg voor patiënten met COPD en het op de politieke en maatschappelijke agenda zetten van de longaandoeningen.

De Individuele Belangenbehartiging en dan met name de problematiek rondom de DBC's zullen door het Bestuur en de Projectgroep DBC verder uitgewerkt worden.

Platform voor contact en overleg tussen leden en Platform als aanspreekpunt voor externe partijen zoals OMS, NLS en NAF.

Om het Beleidsplan en het Jaarplan 2008 uit te voeren zal de NVALT geprofessionaliseerd moeten worden.

Dit betekent in de praktijk: - het bezoldigen van bestuursleden, - samenwerking met andere belanghebbende partijen, - externe deskundigen inhuren voor advies, - het aanstellen van een chef de bureau, - meerjarenbeleidsplan 2008-2012, - meerjarenbegroting 2008-2013, - jaarplan voor 2008.

Venmans geeft uitleg over de gevolgen voor de meerjarenbegroting NVALT/WSLT/FSLT 2008-2013.

Uitgangspunten:

- een afname van het eigen vermogen NVALT naar € 300.000,- in 2012
- een afname van het eigen vermogen van de WSLT naar € 150.000,- in 2012
- honorering van het dagelijks bestuur
- € 50.000,- per jaar voor het DBC-project
- € 50.000,- per jaar voor andere projecten

Door op verantwoorde wijze in te teren op het eigen vermogen, kan de verhoging van de contributie beperkt blijven. Het

eigen vermogen van de NVALT en WSLT dat resteert in 2012 is door de fiscalist van de NVALT als voldoende beoordeeld. Op basis van deze uitgangspunten heeft het bestuur een zestal mogelijke scenario's opgesteld. Alle 6 scenario's zijn gebaseerd op de vijf hierboven genoemde uitgangspunten. Het onderscheid tussen de scenario's ontstaat door:

- de niet vast staande jaarlijkse bijdrage van de OMS voor het kwaliteitsbeleid
- de variabele bijdrage van de farmaceutische industrie (exclusief advertenties en standverhuur)

Het Bestuur stelt voor scenario 6 te kiezen. Daarbij wordt uitgegaan van het feit dat de bijdrage van de OMS voor het kwaliteitsbeleid geschat wordt op € 100.000,- per jaar en de bijdrage van de farmaceutische bedrijven 50% zal bedragen. Dit scenario betekent dat de contributie van de leden de komende jaren gaat stijgen. Het Bestuur stelt voor de contributie de volgende 5 jaren te verhogen met een factor 1.5.

Discussie:

Schreurs vraagt zich af hoe het staat met de € 0,50 uit het uurtarief die voor het kwaliteitsbeleid gereserveerd zouden worden. Wijkstra geeft aan dat nog niet bekend is hoe het kwaliteitsgeld van de OMS over de Wetenschappelijke Verenigingen verdeeld zal worden. Er zal ongeveer 10 miljoen beschikbaar zijn voor kwaliteitsbeleid. De vraag is of dit geld al voor 2008 beschikbaar zal zijn. Voor 2008 heeft de NVALT 5 richtlijnen ingediend.

Molema complimenteert het Bestuur met het Beleidsplan. Hij vraagt zich echter af waar de patiënt te vinden is in het beleidsplan. Wijkstra merkt op dat patiënt wel degelijk betrokken is via de link die er is met de Nederlandse Longstichting. Tevens geeft hij aan dat de NVALT via de Stichting Ketenkwaliteit COPD bezig is de contacten met de diverse partijen aan te halen.

Hekelaar vraagt zich af of andere com-

missies ook gehonoreerd gaan worden. Venmans merkt op dat de Commissies die nu al gehonoreerd worden ook nu gehonoreerd zullen blijven worden. Daarnaast is uitgangspunt dat degenen die meer dan een halve dag per week werken voor de NVALT gehonoreerd worden. Voor nieuwe projecten van commissies/werkgroepen is € 50.000,- per jaar beschikbaar.

Möller: vraagt zich af waarom gekozen is voor € 80,- per uur. Geantwoord wordt dat dit bedrag ook in ziekenhuizen betaald wordt aan specialisten met extra taken.

Van Haren feliciteert het Bestuur met het beleidsplan. Hij vraagt zich af hoe andere verenigingen omgaan met honorering van leden. Wijkstra geeft aan dat dit afhankelijk is van de grootte van de verenigingen. De NVALT is wat dat betreft gemiddeld t.o.v. andere wetenschappelijke verenigingen.

Voor wat betreft de sponsoring bij andere Verenigingen merkt Van den Elshout op dat de richtlijnen voor sponsoring steeds ingewikkelder worden, ook het zoeken naar tastbare tegenprestaties blijkt een probleem te zijn. Ook de CGR richtlijnen zullen per 1 januari 2008 gaan veranderen.

Klein complimenteert het bestuur met het Beleidsplan. Hij merkt op dat de contributie van de NVALT erg laag is vergeleken bij die van andere wetenschappelijke

verenigingen.

Van Klink merkt op dat de honorering van het Bestuur van de NVALT al lang had moeten gebeuren. Wel vraagt hij de eventuele betalingen aan externe partijen goed te bewaken.

De Graaff sluit zich aan bij de vorige spreker. Hij merkt op dat de overheid met erg veel kwaliteitseisen komt en dat daar wel een vergoeding tegenover moet staan. Hij vraagt zich af of de NVALT samen met andere verenigingen gaat proberen geld voor dit kwaliteitsbeleid te genereren. Mannes merkt op dat in de Raad WOK is besproken dat de € 0,50 zonder wetswijziging niet gereserveerd kan worden voor het kwaliteitsbeleid.

Smeenk: pleit ervoor de kwaliteit van de opleiding te moderniseren en up to date te houden aan de huidige eisen. Voor de nascholing geldt dat de algemene competenties, zoals die bij de eindtermen genoemd staan, behouden moeten worden. Pennings geeft aan dat het primaat voor de opleiding bij het Concilium ligt. Voor wat betreft de nascholing geeft hij aan dat de Sectie School voor Longziekten een beleidsplan gemaakt heeft.

Aleva vraagt zich af of een lid van de NVALT wel goed kan monitoren wat er op financieel gebied gebeurt binnen de Vereniging. Venmans antwoordt hierop dat de accountant van de NVALT de jaar-

stukken opstelt en dat in april van ieder jaar een verantwoording in de ledenvergadering gegeven wordt. Ook ten aanzien van het beleid (i.c. het jaarplan 2008) kan men het bestuur of commissies na één jaar aanspreken op haar verantwoordelijkheden.

Ten Brinke: vraagt zich af of perifere klinieken ook betrokken kunnen worden bij het overleg van de hoogleraren en de Raad voor het Wetenschapsbeleid m.b.t. het wetenschappelijk onderzoek. Wijkstra merkt op dat de Raad voor het Wetenschapsbeleid de laatste jaren een wat slapend bestaan geleid heeft. Nu is men weer actief bezig om tezamen met de hoogleraren en de NLS het wetenschappelijk onderzoek beter op te zetten. Van Noord uit Heerlen is als vertegenwoordiger uit de perifere klinieken hierbij betrokken.

Wijkstra dankt met name J. Rooyackers voor zijn bijdrage aan het beleidsplan dat nu voorligt.

Ondanks het feit dat het statutair vereist quorum van leden niet aanwezig is ter vergadering wil Wijkstra toch peilen of de leden kunnen instemmen met de voorstellen van het Bestuur. De aanwezige leden stemmen unaniem in met de plannen.



# Notulen ledenvergadering NVALT

*5 oktober 2007 te Utrecht*

---

9

Aanwezig (getekend op presentielijst: 52)

## 1. Opening

De voorzitter opent de vergadering en heet eenieder van harte welkom. Bericht van afmelding is ontvangen van: Kerstjens. en J. Wagenaar.

## 2. Notulen vergadering 20 april 2007

Smeenk merkt op dat de richtlijn Medicamenteuze Therapie COPD is beoordeeld en geacordeerd door de autorisatie Werkgroep van de Commissie Richtlijnen. Hij had hier nog graag commentaar op geleverd. Pennings geeft aan dat deze procedure gevolgd wordt bij de multidisciplinaire richtlijnen. Ook zijn er diverse deskundigen binnen de Vereniging om commentaar gevraagd. Afsproken wordt dat de leden voortaan de gelegenheid gegeven zal worden om per mail te reageren in een korte commentaaronde.

Verder zijn er geen op- of aanmerkingen. De notulen worden onder dankzegging aan Rooyackers en de Jong goedgekeurd.

## 3. Mededelingen vanuit het Bestuur

Wijkstra

- geeft aan dat er overleg is geweest tussen de NVALT, de NLS, het NAF en de SKK (Stichting Ketenkwaliteit COPD) om te zorgen dat de NVALT in de verdere profilering van de longgeneeskunde nadrukkelijk aanwezig is. De SKK zal met een voorzet komen hoe alle partijen gezamenlijk verder kunnen opereren. Mannes merkt op dat binnen de DBC Ketenzorg COPD de discussie plaatsvindt of de NVALT DBC-technisch gezien daar goed bij betrokken is. Pennings merkt op dat het Bestuur hier nadrukkelijk vinger aan de pols houdt. Smeenk geeft aan dat het niet gaat om een keten DBC omdat de longartsen hier niet bij betrokken zijn geweest. Het is een eerste-lijns DBC voor COPD patiënten waarbij 1 minuut per patiënt gereserveerd is voor de longarts. Dit kan een kans zijn voor de longartsen om met de eerste lijn in overleg te treden hoe zij de COPD-zorg vorm gaan geven. Wijkstra geeft aan dat de NVALT aanwezig moet zijn bij het overleg. De kwaliteit moet het uitgangspunt zijn. Binnen de SKK is de NVALT vertegenwoordigd door Kerstjens. Ook binnen de Kerngroep van de SKK is de NVALT nadrukkelijk aanwezig. Pennings raadt aan pro-actief te zijn bij lokale initiatieven.

- Stand van zaken Sponsorcontracten. Het bestuur heeft aangegeven af te willen van grote contracten met veel tegenprestaties. Het Bestuur heeft nu regelmatig overleg met de sponsors. In deze gesprekken wordt gekeken hoe het partnership tussen de NVALT en de sponsors beter vorm gegeven kan worden.

- Financiering Kwaliteitsbeleid. Zoals reeds besproken is nog niet vastgesteld hoe de verdeling van de kwaliteitsgelden over de wetenschappelijke verenigingen zal zijn. De NVALT heeft een voorstel gedaan aan de OMS wat haar speerpunten van het kwaliteitsbeleid zijn: 1. Ontwikkeling en implementatie van nieuwe richtlijnen alsmede onderhoud en borging van bestaande richtlijnen, zoals door of samen met onze beroepsgroep ontwikkeld. 2. Ontwikkeling, implementatie en onderhoud van landelijke standaarden van complicatieregistratie (evt. ook web-based). 3. Onderhoud en uitvoering van kwaliteitsvisitaties.

- Stand van zaken NVALT-studies. De NVALT is bezig naast de Stichting NVALT studies een Stichting derdengelden NVALT-studies op te richten.

Pennings:

- De NVALT heeft van Zorgverzekeraars Nederland een uitnodiging gekregen over de invulling van de DBC OSAS en Interstitiële Longziekten. Het Bestuur heeft inmiddels met diverse vertegenwoordigers uit de Vereniging hieraan deelgenomen.

- De accreditatie voor bijeenkomsten is te vinden in het persoonlijk dossier in het GAIA systeem. Aan de KNMG is het voorstel gedaan om de Europese nascholingen ook via EBAP te accrediteren.

- Er is een commissie bezig met het schrijven van het Eeuwboek van de NVALT. Dit eeuwboek zal tijdens het lustrum in Maastricht gepresenteerd gaan worden.

- De communicatie met de leden verloopt in eerste instantie via de website. In de nieuwsbrief die tweewekelijks wordt verstuurd worden alle wetenswaardigheden vermeld.

- De NVALT heeft in een brief aan de tweede Kamercommissie van VWS gestuurd waarin zij haar bezorgdheid uit over de mogelijke vertraging van invoering van de Tabakswet.

- Naar de overheid en de OMS zal een brief worden gestuurd over de late berichtgeving aan de NVALT m.b.t. dure geneesmiddelen.

**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**

#### 4. Mededelingen vanuit de Commissie Beroepsbelangen

Liesker doet verslag vanuit de Projectgroep DBC.  
de Normtijden 2008

- de 12 verdwijnt
- er was een vergadering in september
- rekenmethode DBC onderhoud
- 12 gemiddeld met "spiegel DBV 11"
- Gevolg: 12 meer minuten, 11 minder
- Nadelig effect op bv patiënten opgenomen vanaf SEH (80%)

Al deze voorstellen stuitte op grote onvrede bij de wetenschappelijke verenigingen

- er heeft geen overleg plaatsgevonden
- benadeling specialisten (minuten neutraal?)
- Rekenmethode niet logisch

Het plan is

- Op korte termijn een bijeenkomst tussen de wetenschappelijke verenigingen, DBC-onderhoud en de Orde te houden.
- Dit moet op korte termijn ivm de vergadering van NZA

Verbeterplan DBC

- DBC moeten gekoppeld worden aan ICD-10
- daardoor diagnose herleiden n.a.v. verrichtingen
- al gangbaar in academische klinieken
  
- Voordeel: minder registreren?
- nadeel: diagnose systeem is geen verrichtingen systeem.

Zaken die nog niet geëffectueerd zijn:

- de ICU
- klinisch zonder dagen
- endo-echo

De projectgroep DBC bestaat uit de heren Djamin, Grotjohan, Liesker, Mannes en Wiolders en de projectgroep zal in 2008 doorgaan met haar taken.

Door Casemix zullen de data worden teruggekoppeld naar de deelnemende ziekenhuizen.

Op de website van de NVALT staan de Normtijden/tarieven 2008, FAQ / ForumGedeelte en een voorbeeld rapportage managementinformatie.

Zaken die nog moeten gebeuren:

- 2008: correctie 12 moet rechtvaardig
- 2009: ICD- 19 haalbaar?
- Zaken die nog niet geëffectueerd zijn – Actie Orde/DBC-projectgroep
- DBC projectgroep blijft en waakt over u.

Wijkstra dankt Liesker voor zijn heldere uiteenzetting.

#### 5. Mededelingen vanuit het Concilium

Smeenk doet verslag van de ontwikkelingen in de opleiding.

In 1999 is de MSRC een publiek rechterlijk orgaan geworden, dit betekent dat men verantwoording moet afleggen aan degene over wie het besluit genomen wordt. In de bestaande regelgeving waren nogal eens artikelen die met elkaar in tegenspraak waren.

In 2004 zijn de eindtermen van de Opleiding Longziekten opgenomen in het Specifiek Besluit Longziekten. De opleidingsvisitaties en de verslaglegging daarvan zijn ook aan termijnen en regelgeving gebonden. Het visitatieproces is nu goed gestroomlijnd en eenduidig geworden.

Het College Beroepen Opleiding in de Gezondheidszorg (CBOG) is ingesteld. Vanuit het CBOG is de BBOV (Begeleidingsgroep Beschrijving Opleidingsplannen Vervolgopleidingen) ingesteld. Een tweetal leden uit de BBOV helpt de NVALT met het beschrijven van een nieuw opleidingsplan. Voor het nieuwe opleidingsplan is een opleidingshuisje bedacht dat verdeeld is in verschillende kamers. (zie [www.medischevervolgopleidingen.nl](http://www.medischevervolgopleidingen.nl)). Het doel van het opleidingsplan is om in de eindtermen niet alleen de medische- maar ook de niet-medische competenties te beschrijven.

**Opleidingsplan**

- Doel (Eindtermen van de opleiding)
- Duur
- Structuur
- Beschrijving van het specialisme
  - Hoe is de verdeling: 1. werken in de praktijk, 2. cursorisch onderwijs, 3. zelfstudie
- Toetsing en beoordeling
  - Door wie, op welk moment wordt de aios getoetst en beoordeeld, met welk doel en met welke methoden:
    - Π KPB's, kennistoetsen, OSATS, 360<sup>0</sup> beoordelingen, CAT's etc.
    - Π Toetsing van competenties mbv themakaarten en bijbehorende taken
  - Gestructureerde voortgangs- en beoordelingsgesprekken
  - Voortgang opleiding vastgelegd in port folio
- Aangegeven is hoe één opleider eindverantwoordelijk is.

**Algemene eisen portfolio:**

- Deel 1: reflectieve gedeelte voortgang opleiding
- Deel 2:
  - Documentatie van gestructureerde beoordelingen
  - Minimaal halfjaarlijkse beoordelingen (halverwege en einde module/thema)
- Deel 3: logboek (certificaten van verplichte opleidingsmomenten en vaardigheden)

**Toetsing:**

- Kennistoets – éénmaal per jaar
- 10 KPB's per jaar (elke competentie komt tenminste 2 x per jaar aan bod)
- 10 BB per jaar
- 3 CAT's per jaar
- 3 x 360<sup>0</sup> feedback in de opleiding
- Vaardigheden middels OSATS

Omdat de regelgeving in het verleden niet altijd duidelijk was, is het concilium bezig met het maken van Beleidsregels. Beleidsregels zijn een nadere invulling van het specifieke Besluit.

Wijkstra dankt Smeenk voor zijn uiteenzetting.

**6. Aanpassing huishoudelijk reglement Commissie Visitatie Longziekten**

Ter discussie staat de herziene versie van het Huishoudelijk reglement van de Kwaliteitsvisitatie Longziekten en Tuberculose (zie pulmoscript nummer 3, september 2007).

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 het ziekenhuis of instituut maar op het functioneren van de maatschap/vakgroep. De visitatie is als onderdeel van het kwaliteitsbeleid door de NVALT voor alle longartsenpraktijken verplicht gesteld door de ledenvergadering. Vanaf 1 januari 2006 gelden nieuwe eisen voor de herregistratie van medisch specialisten. Deelname aan kwaliteitsvisitatie van de wetenschappelijke vereniging wordt hierin expliciet als voorwaarde gesteld. 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.

De visitatiedatum zal door het secretariaat van de NVALT 6 maanden tevoren in overleg worden gepland.

Slechts met uitzondering en dan enkel met goede argumentatie kan afgeweken worden van de vastgestelde visitatiedatum. 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 gedeelte.

De verschillende artikelen zoals gepubliceerd in PulmoScript worden doorgenomen.

Ten Brinke vraagt zich af wat er gebeurt met een lid dat niet aanwezig kan zijn bij de kwaliteitsvisitatie. Termeer geeft aan dat indien er omstandigheden of verplichtingen zijn, waardoor de medisch specialist niet in persoon kan deelnemen aan de kwaliteitsvisitatie, hij/zij dit tenminste twee weken voor de kwaliteitsvisitatie de commissie inlicht over zijn/haar afwezigheid. Ook is het zo dat afwezigheid niet betekent dat men de visitatie niet mee voorbereidt.

Doordat er te weinig leden aanwezig zijn kan de aanpassing van het huishoudelijk reglement niet ter stemming worden gebracht. Wijkstra dankt Termeer voor zijn duidelijke toelichting.

## 7. De Nederlandse Longstichting

Klein, voorzitter a.i. geeft een toelichting op de stand van zaken.

30 november 2006: Dialoog over de toekomst van het onderzoek naar longziekten in Nederland in Amersfoort.

April 2007: Business Plan II goedgekeurd (€ 40.000).

- Opstellen van het boekje 'facts and figures' van de longaandoeningen in Nederland;
- Project IDIAL dat gericht is op het ontwikkelen van uniforme onafhankelijk patiëntenvoorlichtingsmateriaal;
- Inventarisatie van de richting van het gewenste onderzoek en de samenwerking op dat gebied; en
- Verkenningen t.a.v. de Q-check en het imago van longeland.

### Facts and figures

- Er zijn gegevens verzameld over 11 longaandoeningen te weten: Astma, COPD, Longkanker, Longontsteking, Tuberculose, Cystic Fibrosis, Slaapapneu, Mesothelioom, Longembolie en de Interstitiële longaandoeningen: Sarcoidose en Longfibrose.
- Voor iedere aandoening is (voor zover bekend) beschreven:
  - wat het is,
  - wat het ziektebeeld is,
  - hoe het ontstaat,
  - cijfers over incidentie, prevalentie en mortaliteit,
  - de kosten, de ziektelast (DALY's),
  - organisaties waarmee contact kan worden opgenomen en de referentieartikelen/websites

### Hoe verder?

- Er zijn nu 10 hoofdstukken.
- Selectie journalist en vormgever voor het maken van een 'dummy'.
- Controle op juistheid en volledigheid door specialisten. Dummy klaar eind november.
- Benaderen organisaties voor ondersteuning publicatie 5000 exemplaren (geraamde kosten €50.000).
- Publicatie uiterlijk 2e kwartaal 2008. Uitreiking aan Minister VWS – Ab Klink met boodschap (aandacht voor chronische longziekten).

### Project IDIAL

- Doel: consumenten, longpatiënten, zorgverleners en ziekenhuizen van betrouwbare en onafhankelijke informatie te voorzien.
- Onderwerp: behandelingskeuze bij pneumothorax.
- Volgens kwaliteitcertificeringsproces van QMIC® (Quality for Medical Information and Certification).
- Publicaties:
  - Kies beter site van de overheid
  - Brochure die door iedereen te gebruiken is.

### Stand van zaken

- Subsidie CBO (€ 16.000) toegekend.
  - Werkgroep gestart. Deelname Dr. Hans Smit (Rijnstaete ziekenhuis Arnhem); was tevens betrokken bij het opstellen van de NVALT richtlijn Thoracoscopie.
  - 4 van de 8 stappen in het proces zijn doorlopen:
    - het verzamelen van nieuwe informatie;
    - de briefing van de auteur;
    - het inzicht krijgen in de informatiebehoefte van mensen met een pneumothorax;
    - de productie van de tekst.
- Hiermee is meer dan de helft van het traject afgelegd.

### Hoe verder?

- Beoordeling tekst door focusgroep.
- QMIC Certificering van tekst door Astma Fonds.
- Eind 2008 klaar.
- Het project heeft nog geld voor een 2e onderwerp.
- Zijn er voorstellen uit de zaal?

“

”



“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



### Inventarisatie onderzoek

- N.a.v. van de bijeenkomst over de toekomst van het onderzoek naar longziekten op 30 november 2006 is in mei 2007 een werkgroep gestart onder voorzitterschap van Prof. Dr. Kees van Herwaarden.
- Doel: aansluitend op het onderzoek van de TU Twente, dat in opdracht van het Platform is gemaakt, een rapport uit te brengen op basis waarvan focus en massa in het onderzoek naar longziekten[1] verbeterd kunnen worden.  
[1] Zonder oncologische longziekten en infectieziekten.

### Activiteiten

- Een beschouwing vanuit nationaal en internationaal perspectief waarmee de noodzaak van focussering van het onderzoek wordt onderbouwd;
- Een onderzoek naar de meest geschikte vormen van taakverdeling en samenwerking, gebaseerd op inventarisatie en vorming van toekomstbeelden, met nadruk op draagvlak binnen de beroepsgroep en een aansprekend toekomstbeeld voor externe partijen;
- Aanbevelingen voor de verdere ontwikkeling van de onderzoeksstructuur en adviezen m.b.t. de wervingskracht voor onderzoeksprojecten en onderzoekers.

### Stand van zaken

- Het onderzoek is uitgevoerd binnen de beroepsgroep (opleiders pulmonologie, deskundigen kinderlongziekten en enige biomedische onderzoekers) en bij de 8 hoofdopleiders huisartsgeneeskunde (totaal 31 personen).
- Daarnaast zijn er voor zover mogelijk en noodzakelijk publieke gegevensbronnen geraadpleegd.
- T.a.v. de toekomstvisie is er gebruik gemaakt van de *Delphi-techniek* met de volgende vraagstelling
  - Op welke van de genoemde gebieden bevindt zich uw eigen expertise?
  - Welke kernen van lopend onderzoek herkent u?
  - Welke onderzoeksterreinen verdienen, tussen nu en 5 jaar, naar uw oordeel vooral een impuls?
- Het concept eindrapport is klaar.

### Stand van zaken

- In overleg met het NVALT bestuur heeft een vertegenwoordiger van de Raad van Wetenschap van de NVALT (Dr. Paul Bresser) zich aangesloten bij de werkgroep.

### Hoe verder?

- 13 november 2007 zal de werkgroep een presentatie geven voor een bijeenkomst van hoogleraren pulmonologie.
- 'Invitational conference' zal in 1e kwartaal van 2008 worden georganiseerd.
- Aanbevelingen rapport worden in beleidsstuk omgezet en besproken met 'stakeholders'.

### Verkenningen

- De verkenningen op het gebied van kwaliteit en imago hebben geen doorgang gevonden.
- Reden: NVALT en Astma Fonds hebben besloten om gebruik te maken van de bestaande structuur van de Stichting Keten Kwaliteit (SKK) om de speerpuntactiviteiten op het gebied van zorg en voorlichting onder te brengen.
- De Nederlandse Longstichting heeft uit naam van het Platform aangeboden om de ontwikkeling te ondersteunen.

### Hoe verder?

- Bestuur van de NLS heeft besloten de ontwikkelingen m.b.t. de SKK af te wachten.
- Heeft u vragen?
- Voor nadere informatie kunt u terecht bij:
  - Nederlandse Longstichting  
Secretariaat  
Pels Rijckenstraat 5  
6814 DK Arnhem  
Tel: 026 4424043  
E-mail: info@grinwiszonneveld.nl

Wijkstra dankt Klein voor dit overzicht van de werkzaamheden van de NLS.

---

**16 8. Begroting lustrumcommissie.**

Vonk Noordegraaf doet verslag van de activiteiten die de lustrumcommissie tot nu toe heeft ontwikkeld.

Het lustrum vindt plaats op vrijdag 30 en zaterdag 31 mei 2008.

De lustrumcommissie bestaat uit: Martin Boeree, Paul Janssen, Wessel Hanselaar, Monique Hochstenbag, Jeroen Hiltermann, Anton Vonk Noordegraaf, Trudy de Baaij en Constance van Hussen. Tijdens het programma op vrijdag zullen de verschillende facetten van de longziekten naar voren worden gebracht, zowel uit historisch perspectief als ook naar de toekomst toe. Het programma zal eindigen met de bedreigingen voor de longziekten. Er zal een website voor het lustrum worden gemaakt die begin 2008 de lucht in zal gaan.

De begroting is nog niet klaar. Dit heeft mede te maken met de problemen die er zijn ontstaan met de verhuur van stands tijdens het wetenschappelijke programma. Op een later moment zal de begroting worden toegelicht.

**9. Jaarverslag 2006**

Het Jaarverslag 2006 wordt formeel geaccordeerd.

**10. Verkiezingen**

Er zijn geen tegenkandidaten ingediend.

**a. Concilium**

De maximale zittingstermijn van dr. F.J.W.M. Smeenk is verstreken, hij zal nog een half jaar als lid van de commissie aanblijven.

**b. Commissie Beroepsbelangen**

Drs. M.J. Möllers treedt af. De Commissie Beroepsbelangen zal worden uitgebreid met dr. E.A. van de Graaf.

**12. Voorstellen kandidaat-leden**

Afmeldingen zijn ontvangen Creemers, Van 't Hul en van Willemsen,

De aanwezige kandidaat-leden stellen zich voor.

**13. Wat verder ter tafel komt en rondvraag**

Er zijn geen verdere vragen of opmerkingen.

**14. Sluiting**

De voorzitter sluit de vergadering om 17.00 uur.

---

# Notulen van de bijzondere ledenvergadering

*5 oktober 2007 te Utrecht*

Ten kantore van het secretariaat van de NVALT te 's-Hertogenbosch.

Aanwezig: 1 lid

De voorstellen:

het "NVALT Meerjarenbeleidsplan 2008-2012";

de bijbehorende "NVALT Meerjarenbegroting 2008-2013";

het bijbehorende "NVALT Jaarplan 2008".

en de Aanpassing Huishoudelijk reglement Commissie Visitatie Longziekten- Reglement Kwaliteitsvisitatie,

wordt unaniem goedgekeurd.



# Notulen Wetenschappelijke vergadering

17

5 oktober 2007-11-26

Erik van der Heijden, longarts  
UMC St Radboud Nijmegen  
Studiecoördinator NVALT-8 studie

## PET scan standaardisatie in Nederland & Nieuwe toepassingen PET scan

Kanker is een de belangrijkste doodsoorzaak in Nederland en longkanker is verantwoordelijk voor een kwart van deze sterfte. Helaas is de voorspelling van het centraal bureau voor de statistiek (CBS) dat deze sterfte de komende jaren verder zal toenemen. De diagnostiek van longkanker is de laatste jaren sterk verbeterd door de ontwikkeling en verfijning van beeldvormende onderzoeken en door de komst van de positron emissie tomografie, de PET-scan.

Dit is een niet-invasief onderzoek waarbij 18-FluoroDeoxyGlucose (FDG) wereldwijd het meest gebruikte en belangrijkste radiofarmacon is. De diagnostische waarde van de FDG-PET-scan is inmiddels talloze malen aangetoond waarbij de detectie van metastasen op afstand een belangrijke toegevoegde waarde is. In een zestal meta-analyses is aangetoond dat met dit onderzoek een superieure medias-tinale stadiering wordt bereikt. Bovendien is de PET-scan opgenomen in de richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van het Niet-Kleincellig Longcarcinoom'.

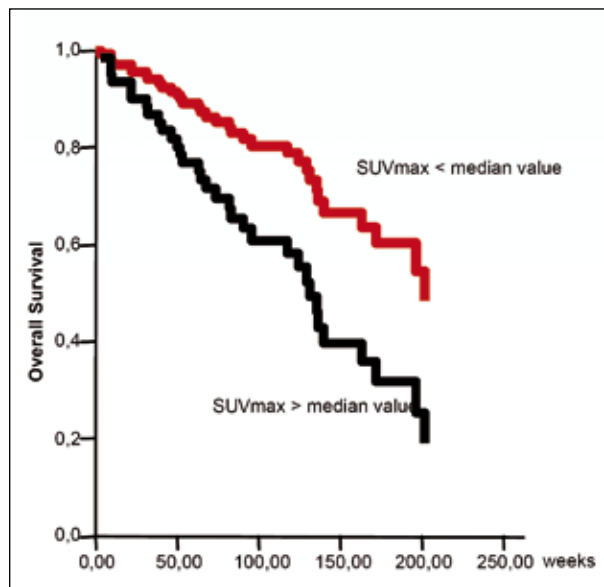
Naast deze diagnostische waarde is de FDG-PET-scan ook in staat om in vivo de metabole eigenschappen van (tumor)weefsel te beschrijven. De belangrijkste waarde die hiervoor gebruikt wordt is de maximale 'Standardized Uptake Value' (SUVmax). De hoogte van de SUVmax is gecorreleerd aan een aantal biologische parameters zoals verhoogde expressie van glucose-transporters en proliferatiesnelheid van de tumor. Daarnaast is in een groot aantal studies waarin in totaal ongeveer 1400 patiënten zijn onderzocht aangetoond dat de SUVmax een significante, onafhankelijke prognostische marker is (1). Deze onderzoeken zijn echter allemaal verricht binnen een instituut of door gebruik te maken van één scanner. Door gebruik te maken van een antropomorfisch fantoom en een

protocollaire wijze van patiënt voorbereiding, data acquisitie en reconstructie blijkt uit onderzoek dat is verricht bij patiënten met een NSCLC uit Groningen en Nijmegen dat het ook dan de SUVmax waarde een belangrijke prognostische marker is (Figuur 1) (2). De beste discriminatie tussen de groepen werd gevonden bij de mediane waarde (SUVmax = 10). Bovendien bevestigt dit onderzoek een observatie bij patiënten met lymfomen dat het mogelijk is om uit verschillende ziekenhuizen op betrouwbare en reproduceerbare wijze een SUVmax waarde te bepalen.

Aangezien de PET scan opgenomen is in onze normale diagnostische evaluatie bij patiënten met een niet-kleincellig longcarcinoom kan deze SUVmax waarde gebruikt gaan worden om patiënten te selecteren met een te verwachten gunstige danwel ongunstige prognose na curatieve operatie. Dit is van belang omdat is aangetoond dat ondanks een curatieve resectie bij 40-60% van de patiënten de ziekte recideert en omdat is aangetoond dat door het geven van adjuvante chemotherapie een overlevingswinst van 5-15% behaald kan worden maar waarbij we nog

geen methode hebben om binnen deze groep de patiënten te selecteren die wel of geen baat zullen hebben van deze adjuvante chemotherapie. De SUVmax waarde van de diagnostische pre-operatieve FDG-PET-scan wordt in de NVALT-8 studie daarom gebruikt om patiënten in te delen in twee groepen; patiënten met een laag risico op recidief longkanker SUVmax <10) in de NVALT8a studie en patiënten met een hoog risico (SUVmax ≥10) op recidief longkanker in de NVALT-8b studie. De hypothese voor de NVALT studie is dat patiënten met een lage SUVmax waarde en dus een gunstige prognose geen voordeel zullen hebben bij adjuvante chemotherapie, zij worden gerandomiseerd tussen wel of geen adjuvante chemotherapie (NNT 864). De patiënten met een hoog risico op recidief longkanker in de NVALT-8b studie zullen patiënten randomiseren adjuvante chemotherapie met of zonder laagmoleculaire heparine behandeling waarbij de hypothese is dat het toevoegen van deze behandeling een leidt tot een betere overleving (NNT 600).

Het initiatief tot het starten van deze grote studie evenals een initiatief vanuit



Figuur 1

Overleving bij n=84 patiënten met NSCLC St Ia – IIIa en R0 resectie uit UMCG en UMC St Radboud verdeeld per SUVmax groter of kleiner dan de mediane waarde (Hazard Ratio 2.3 (95% CI 1.1-4.7)); De Jong, van der Heijden et al JTO 2007 in press (ref 2).

**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 corticosteroïden 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

de HOVON werkgroep heeft door middel van intensief overleg met nucleair geneeskundigen inmiddels geresulteerd in het ontwikkelen van een nieuwe nationale standaard voor kalibratie en standaardisatie van de FDG-PETscan procedures waarbij nauwkeurig de patiënt voorbereiding, data-acquisitie, -reconstructie en analyse beschreven zijn maar ook een systeem voor kwaliteitscontrole is opgezet (NEDPAS protocol). Hierdoor zullen binnenkort in heel Nederland de resultaten van een FDG-PETscan vergelijkbaar worden wat wereldwijd een unieke situatie is. Deze grote NVALT studie is derhalve een belangrijke impuls tot kwaliteitsverbetering, niet alleen van de PET scan maar ook voor de (chirurgische) stadiering en resectie, beoordeling door de pathologie en zal door het opbouwen van een NVALT weefselbank toekomstige vraagstukken over bijvoorbeeld prognostische en predictieve markers kunnen gaan beantwoorden.

Deze nieuwe wijze van inzetten van de diagnostische FDG-PETscan geeft voor de dagelijkse praktijk een nieuwe dimensie aan de gesprekken die wij als longartsen met onze patiënten met longkanker voeren. Naast informatie over de ziekte en de behandeling daarvan zal ook aandacht gegeven moeten gaan worden aan de metabole karakteristieken van de tumor bepaald dmv de SUVmax waarde omdat aan de hand hiervan een indruk kan worden gegeven van de prognose voor patiënt. In de nabije toekomst zal naar verwachting de FDG-PET scan niet alleen als prognostische marker maar waarschijnlijk ook als predictieve marker gebruikt gaan worden omdat de afname van SUVmax waarde tijdens behandeling met chemotherapie het effect van deze behandeling kan voorspellen (1;3) en zal de FDG-PET scan steeds vaker ingezet gaan worden bij de planning van radiotherapie.

#### Referenties

- (1) de Geus-Oei L-F, Corstens FHM, Van der Heijden HFM, Oyen WGJ. Predictive and prognostic value of FDG-PET in non-small cell lung cancer. *Cancer* 2007;110(8):1654-64.
- (2) de Jong WK, Van der Heijden HFM, Pruijm J, Dalesio O, Oyen WGJ, Groen HJ. Prognostic value of different standard uptake values (SUV) of primary tumor measured with FDG-PET in resectable non-small cell lung cancer. *J Thor Oncol* 2007;in press.
- (3) de Geus-Oei L-F, Van der Heijden HFM, Visser EP, Hermsen R, van Hoorn BA, Timmer-Bonte JNH et al. Chemotherapy response evaluation with FDG-PET in patients with non-small-cell lung cancer. *J Nucl Med* 2007;48:1592-8.

## Chronische nachtelijke non-invasieve beademing na acuut respiratoir falen bij patiënten met ernstig COPD

*RESCUE-studie : Multicentre studie van de Nederlandse Centra voor Thuisbeademing  
Startdatum: 1 december 2007*

De standaard behandeling bij patiënten met ernstig COPD bestaat doorgaans uit het gebruik van medicatie in de vorm van luchtwegverwijders en/of inhalatiecorticosteroiden.

Als patiënten naast optimale medische zorg nog steeds beperkingen ondervinden, behoren niet-medicamenteuze behandelingen als stoppen met roken, voedingsinterventies of het volgen van een revalidatieprogramma tot de mogelijkheden. Het Universitair Medisch Centrum Groningen heeft in het verleden met de RECOVER studie in het kader van niet-medicamenteuze behandelingen gekeken naar de mogelijke effecten van chronische niet-invasieve beademing al dan niet in combinatie met revalidatie. Als vervolg hierop hebben de Centra voor Thuisbeademing uit Groningen, Maastricht en Rotterdam de RESCUE (REspiratory Support in Copd after acUte Exacerbation) -studie opgezet om te kijken wat het effect is van chronische nachtelijke non-invasieve beademing (NIPPV) bij patiënten met COPD nadat zij kortdurend zijn beademd in het ziekenhuis wegens een exacerbatie die leidde tot acuut respiratoir falen.

Het betreft een prospectief, gecontroleerd, multicentre studie met een jaar follow-up waaraan iedere COPD patiënt in Nederland kan deelnemen. De studiepopulatie bestaat uit patiënten met COPD die hypercapnisch blijven na een acute exacerbatie waarvoor ze (niet)invasief zijn beademd in het ziekenhuis. Patiënten worden gerandomiseerd voor hetzij standaard behandeling of standaard behandeling in combinatie met nachtelijke NIPPV.

### Inclusie criteria

- COPD GOLD klasse 3 of 4 en
- Invasief of non invasieve beademing in het ziekenhuis tijdens acuut respiratoir falen en
- Tijdstip: minimaal 48 uur na einde acute beademing tot aan het ontslag dat volgt en
- Persisterende hypercapnie overdag, in rust (PaCO<sub>2</sub> > 6.0 kPa)

### Exclusie criteria

- Leeftijd < 18 of => 75
- Significante bronchiectasiën met recidiverende infecties
- Significante hartfalen
- Kyphoscoliose
- Neuromusculaire aandoeningen
- Obstructief slaap apneu (AHI>15/uur)
- Huidig gebruik van CPAP of BiPAP
- Onvoldoende motivatie
- Sociale omstandigheden die chronische ventilatie onmogelijk maken
- Andere ziekte factoren die de levensverwachting beperken

Bij randomisatie voor NIPPV zal een verpleegkundig consulent van een van de Centra voor Thuisbeademing (zie regiokaart) de patiënt in zijn/haar eigen ziekenhuis bezoeken en daar op NIPPV instellen. Aan zowel de NIPPV- als de controle groep, zullen vragenlijsten m.b.t. kwaliteit van leven, mate van dyspnoea, ADL en medicatie worden voorgelegd. Daarnaast wordt de patiënt gevraagd in zijn/haar eigen ziekenhuis een longfunctie test, een 6-minuten looptest en een arteriepunctie te ondergaan op baseline, 3, 6 en 12 maanden. Primaire uitkomst parameter is tijd tot de volgende opname wegens een exacerbatie. Als de patiënt is opgenomen in een van de 3 UMC's die verbonden zijn aan een CTB, dan zal de patiënt naast bovengenoemde testen, extra onderzoek krijgen in de vorm van uitgebreider longfunctieonderzoek en bloedonderzoek voor inflammatoire parameters.

### Wat vragen wij van u indien een patiënt in aanmerking komt

- Check in- en exclusie criteria.
- Neem contact op met de hoofdonderzoeker van uw regio, u krijgt zo snel mogelijk een patiënt informatiebrief en informed consent toe gefaxt/gemaild.
- U licht de patiënt voor en overhandigt informatiebrief (en informed consent). Bedenktijd is 1 dag.
- Wij zullen de volgende dag zelf telefonisch contact opnemen met u en/of de patiënt voor eventuele vragen en of

de patiënt bereid is mee te doen. Indien de patiënt mee wil doen, zal de verpleegkundig consulent langs komen en wordt de patiënt gerandomiseerd.

Voor extra informatie of aanmelding van patiënten kunt u contact opnemen met:

### Regio Groningen:

- Drs. Fransien Struik, onderzoeker; 050-3619505; f.m.struik@int.umcg.nl,
- Dr. Peter Wijkstra, longarts 050-3616161 pieper 77084 ; p.j.wijkstra@int.umcg.nl,
- Het Centrum voor Thuisbeademing Groningen, 050-3613200

### Regio Maastricht:

- Dr. Nicolle Cobben, longarts 043-3876543 pieper 7049; n.cobben@lung.azm.nl,
- Het Centrum voor Thuisbeademing Maastricht, 043-3876384

### Regio Rotterdam

- Drs. Jacqueline Rischen, internist 010-7040704 pieper 35685; j.rischen@erasmusmc.nl,
- Drs. Marianne Zijnen-Suyker, internist 010-7040704 pieper 35352; m.zijnen@erasmusmc.nl
- Het Centrum voor Thuisbeademing Rotterdam, 010-7034493.



## ICT en NVALT

ICT wordt in de medisch wereld en dus ook in ons vak steeds belangrijker. Tegelijkertijd staat het gebruik van ICT toepassingen in de longziekten nog in de kinderschoenen. Als we een inventarisatie gaan maken dan blijkt dat we thans erg weinig hebben.

**Wat hebben we op dit moment op het gebied van ICT:**

- 1 In 2004 zijn een paar richtlijnen verschenen voor op de PDA, dit is nimmer meer geactualiseerd.
- 2 We hebben een website van de vereniging waarbij de mogelijkheid van het gebruik van een forum bij een aantal onderwerpen mogelijk is.

**Wat zouden we zoal kunnen en moeten hebben op het gebied van ICT:**

- 1 Richtlijnen voor het gebruik van een EPD. Hierbij valt o.m. te denken aan een indeling voor de statussen op een logische manier geschikt voor het vak longziekten.
- 2 EPD aan bed middels draadloos netwerk en vergelijkbare zaken
- 3 Ontwikkelen EVS (electronisch voorschrijfsysteem) mbt longmedicatie
- 4 Complicatieregistratie (is in ontwikkeling)
- 5 Makkelijk toegankelijk Forum bij diverse zaken de NVALT aangaand en waarover nog al wat discussie is, bv de DBC (hier wordt aan gewerkt) maar ook andere zaken (ketenzorg COPD en

ander ontwikkelingen op het gebied van ketenzorg), dure geneesmiddelen etc.

- 6 ICT-hulp bij de "tools" thans in gebruik voor de kwaliteitsvisitaties. Belangrijk hierbij is dat een aantal zaken elk jaar kan en moet gebeuren
- 7 Verbeteren/ontwikkelen website of delen hiervan voor PDA-gebruik geschikt maken.
- 8 Actualisering van oude richtlijnen en het beschikbaar maken van nieuwe richtlijnen voor gebruik op de PDA.
- 9 Ontwikkelen dan wel bijeen zoeken van bestaande handige "tools" mbt tot geneeskundige zaken in het algemeen en de longziekten in het bijzonder ( bv pneumonia severity index calculator, andere calculatoren, acute boekje, geneesmiddelen boekje op PDA etc, etc.
- 10 Onderzoek naar vele andere medische toepassingen die ongetwijfeld beschikbaar zijn maar waarvan velen geen weet hebben
- 11 Onderzoek naar voorlichting aan patiënten d.m.v. van ICT-toepassingen (bv infodoc).
- 12 Ontwikkeling ICT toepassingen m.b.t. communicatie met huisartsen.
- 13 Ontwikkelen van een platform voor adviezen, forum, FAQ op het gebied van ICT, computer, PDA in relatie tot longziekten
- 14 Vinger aan de pols houden bij ontwikkelingen op ICT gebied en longziekten in het algemeen. Dit kunnen ontwikkelingen zijn bij de huisartsen maar ook bij bepaalde instellingen/

organisaties zoals Picasso en COPD (er gaat nu een 1e pilot van start), ketenzorg, communicatie met apotheken

Dit is een niet volledige opsomming want er is nog veel meer te verzinnen..

**Hoe:**

De ontwikkeling van ICT wordt bijna geheel overgelaten aan de ziekenhuizen al dan niet in samenwerking met een paar grote en kleinere softwareaanbieders. Als bestuur van de NVALT krijgen we veel vragen binnen over allerlei denkbare ICT toepassingen en -mogelijkheden. Het betreffen hier zowel vragen van leden als van extern. Binnen het bestuur van de NVALT bestaat dan ook de behoefte om, middels oprichting van een projectgroep, een meer proactief beleid te voeren m.b.t. de ICT . Het is de bedoeling om deze projectgroep te positioneren onder de Commissie Beroepsbelangen van NVALT (CBB). De voorzitter van de projectgroep wordt lid van de CBB en doet verslag van de werkzaamheden van de projectgroep in de CBB-vergadering. **Het bestuur van de NVALT roept dan ook belangstellenden die lid willen worden van deze project groep op om contact op te nemen met de ondergetekende, voorzitter van de CBB.**

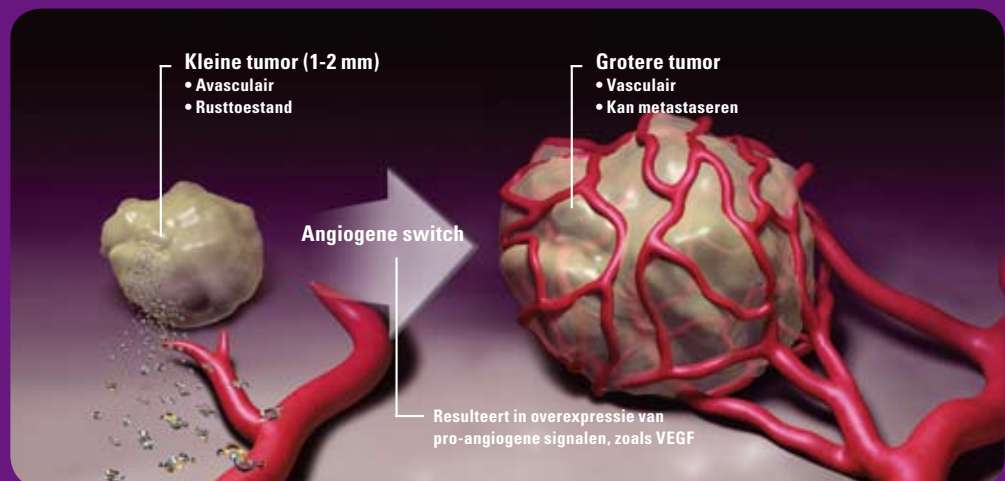
Arjan Rudolphus,  
Longarts SFG Rotterdam  
Voorzitter Commissie beroepsbelangen  
NVALT  
010-4616148  
a.rudolphus@sfg.nl

# 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.



# Officiële NVALT lijst van complicaties in de longgeneeskunde

*Vertaald naar de Masterclassificatie versie 3.0*

## Toelichting

De onderstaande lijst is de door de NVALT aangenomen lijst met complicaties voor de longgeneeskunde. Hierbij is uitgegaan van een al eerder door de NVALT opgestelde complicatielijst die de meest voorkomende complicaties in ons vak behelst. De eerder door de NVALT gehanteerde indeling in hoofdstukken “DIAGNOSTIEK”, “THERAPIE” en “ORGANISATIE” is in deze lijst niet overgenomen. Dit kan in de praktijk tot verwarring leiden omdat sommige complicaties meerdere malen hierin genoemd werden. Daarbij kunnen bijkomende omstandigheden nu ook vermeld worden. In onderstaande lijst is gekozen voor een indeling naar pathofysiologie.

Om praktische redenen is er voor gekozen om ons te beperken tot de vakspecifieke handelingen en therapieën, en niet bijwerkingen van medicatie op te nemen (uitgezonderd van koorts bij neutropene patiënt zoals die na chemotherapie kan optreden). Ook organisatorische fouten en ongelukken zijn niet opgenomen in deze lijst, hiervoor bestaan andere registratiemogelijkheden.

Alle complicaties zijn geconverteerd naar de complicatielijst volgens de Masterclassificatie versie 3.0. Dit systeem is in alle andere specialismen nu gebruikelijk is en op de meeste plaatsen ook operationeel in het ziekenhuis informatie systeem. In deze classificatie worden alle complicaties beschreven volgens drie assen

- As 1 Pathologie
- As 2a Lichaamsdelen
- As2b Orgaansystemen en organen
- As2c Algemene systemen en weefseltypering
- As 2d Lichaamsoppervlakken
- As 3 Externe factoren en overige kenmerken met een aanvullende tabel voor geneesmiddelen.

Deze assen zijn herkenbaar aan de eerste positie(s) van de gehanteerde codering. In principe kunnen alle complicaties met behulp van deze assen worden beschreven en onderscheiden.

Veel van de complicaties in de longgeneeskunde zijn het gevolg van diagnostische en therapeutische ingrepen zoals scopieën en drains, de zogenaamde externe factoren die beschreven kunnen worden in as 3. In deze lijst worden de meest voorkomende externe factoren voor de betreffende complicatie genoemd. In veel software pakketten is het mogelijk om in bepaalde gevallen dit naar behoefte verder aan of in te vullen.

De ernst van de complicatie dient ook te worden weergegeven, de ons bekende softwarepakketten bieden hier mogelijkheden voor. De ernst van een complicatie wordt meestal in de volgende klassen uitgedrukt:

0. geen gezondheidsnadeel, geen echte complicatie,
1. tijdelijk nadeel zonder extra ingreep
2. herstel na ingreep
3. (waarschijnlijk) blijvende schade, invaliditeit
4. dood
9. onbeoordeelbaar vanwege vroegtijdig overlijden.

Ook is van belang dat bij de registratie van complicaties informatie wordt vastgelegd betreffende de zogenaamde generieke dataset. Dat wil zeggen dat de alle hierna volgende aspecten beschreven moeten worden:

- Een beschrijving van de complicatie, de datum, de patiënt die het betreft.
- Het moet duidelijk zijn in welke arts-patiënt verantwoordelijkheidsperiode de complicatie op is getreden, bijvoorbeeld bij een opname
- De arts-patiënt interactie moet

worden beschreven, dat wil zeggen bij welke ingreep of therapeutisch handelen de complicatie optrad.

Ook hierin voorzien de ons bekende software pakketten.

Een probleem kan zich voordoen, wanneer er sprake is van een “pathologische keten” of reeks van gebeurtenissen, waaruit de eigenlijke complicatie moet worden geselecteerd.

Een belangrijk criterium daarbij is de relevantie voor de patiënt: “wat merkt de patiënt ervan”.

Een ander criterium daarbij is de noodzaak tot medisch handelen conform de definitie van complicatie. Soms blijkt dan dat één pathologische keten meer complicaties omvat, die dan afzonderlijk kunnen worden geregistreerd.

Deze codering volgens masterclassificatie 3.0 kan in principe in alle bekende ziekenhuisinformatiesystemen worden geïmplementeerd. Aangezien de longeneeskunde een van de laatste specialismen is die de lijst volgens Masterclassificatie heeft opgesteld zullen de automatiseerders in uw ziekenhuis ongetwijfeld al ervaring hebben met implementatie van lijsten van andere vakgroepen. Om implementatie te vergemakkelijken kunt u bij het secretariaat van de NVALT deze complicatielijst in zowel een Word als in een Excell file verkrijgen.

Eventuele opmerkingen of toelichten zijn cursief weergegeven. Het betreft hier zowel algemeen als meer gedetailleerd commentaar en kan zowel de complicatielijst als de vertaalslag naar de masterclassificatie betreffen.

In het komend jaar wil de werkgroep onderzoeken of deze lijst volledig genoeg en is en werkbaar in de praktijk. Voor deze pilotfase is al een aantal ziekenhuizen bereid gevonden. Als u naar aanlei-

ding van het werken met deze lijst vragen, opmerkingen of suggesties voor verbeteringen hebt horen we dat graag van u. Deze opmerkingen en de files kunt u ook vinden op de website onder het kopje

Frans Krouwels  
December 2007.

### Beschadigingen

- 01 bronchopleurale fistel  
1.07 fistelvorming  
2a.02.02.02 borstinhoud  
2b.06.02 onderste luchtwegen

- 02 gebitsbeschadiging  
1.12.98 overige, niet nader gespecificeerde complicaties t.g.v. mechanische en fysisch-chemische oorzaken  
2a.01.01 hoofd  
2b.07.01 mond en keel  
3.02.02.99 endoscopische apparatuur  
*Hierbij wordt bedoeld op scopie-/intubatie-trauma.*

- 03 pneumothorax  
1.12.1 punctie/perforatie  
2a.02.02.02 borstinhoud  
2b.06.02 onderste luchtwegen inclusief long snede, punctie of perforatie  
*Het betreft hier een iatrogene pneumothorax, secundair aan bijvoorbeeld een punctie of een perifere biopt. Hier valt ook het subcutane en mediastinale emfyseem onder, aangezien dat een zelfde oorzaak heeft en een exponent is van de pneumothorax.*

- 04 radiatiepneumonitis  
1.12.09 overig weefselvernietiging door uitwendige oorzaken  
2a.02.02.02 borstinhoud  
2b.06.02 onderste luchtwegen inclusief long  
3.01.03 straling, warmte of andere energievorm

- 05 stembandlaesie  
1.12.98 niet nader gespecificeerde complicaties t.g.v. mechanische en fysisch-chemische oorzaken  
2a.01.02.01 keel  
2b.06.01 bovenste luchtwegen  
3.02.02.99 endoscopische apparatuur  
*Hierbij wordt bedoeld op scopie-/intubatie-trauma.*

- 06 zenuwstelsel  
1.99.99 complicaties van niet gespecificeerde aard  
2a.99 lichaamsdelen, niet nader gespecificeerd

### Bloedingen

*Hier is een overlap met hematothorax, hemoptoe en hematoom. In de gevallen dat er geen sprake is van een van deze gespecificeerde bloedingen is de omschrijving "overige bloeding" in classificaties meer gebruikelijk. Hier is geen aanname gedaan over de plaats van de bloeding, dat wil zeggen dat ook bloedingen buiten de tractus respiratorius hier worden geklasseerd.*

- 07 hematoom  
1.02.1 bloeding/hematoom  
2a.99 lichaamsdelen, niet nader gespecificeerd

- 08 hematothorax  
1.02.1 bloeding/hematoom  
2a.02.02 borst (thorax)  
2b.06.02 onderste luchtwegen  
3.01.02 snede, punctie of perforatie

- 09 hemoptoe  
1.02.1 bloeding/hematoom  
2a.02.02.02 borstinhoud  
2b.06.99 tractus respiratorius, niet nader gespecificeerd endoscopisch apparatuur en instrumentarium,  
*of*  
3.01.02 snede punctie of perforatie

- 10 bloeding, overig  
1.02.1 bloeding/hematoom  
2a.99 lichaamsdelen, niet nader gespecificeerd snede, punctie of perforatie

### Infecties en ontsteking

- 11 empyeem  
1.01 infectie/ontsteking  
2a.02.02.02 borst (thorax)  
3.01.01.09 operatiewond, niet nader gespecificeerd  
*of*  
3.01.02 snede punctie of perforatie  
*Hier wordt bedoeld op een pleuraempyem ten gevolge van punctie, drainage of operatie*

- 12 extravasatie  
1.12.12 lekkage implantaten, inwendige prothesen, drains en overige ingebrachte medische hulpmiddelen  
2a.99 lichaamsdelen, niet nader gespecificeerd  
2b.05.99 tractus circulatorius, niet nader gespecificeerd  
*Dit betreft de gevolgen van extravasatie van beschadigende stoffen zoals cytostatica*

- 13 infiltraat/pneumonie  
1.01 infectie/ontsteking  
2a.02.02.02 borstinhoud  
2b.06.02 onderste luchtwegen

- 14 thrombophlebitis  
1.01 infectie/ontsteking  
2a.99 lichaamsdelen, niet nader gespecificeerd  
2b.05.99 tractus circulatorius, niet nader gespecificeerd  
2c.05.02 vene

- 15 wondinfectie/abces  
1.01 infectie/ontsteking  
2a.99 lichaamsdelen, niet nader gespecificeerd  
2d.99 algemeen of



- 3.01.01.03 oppervlak niet nader gespecificeerd
- operatiewond, niet nader gespecificeerd
- of
- 3.01.02 snede punctie of perforatie

### Cardiale aandoeningen

- 16 **asystolie**
  - 1.11 overige functiestoornis
  - 2a.02.02.02 borstinhoud
  - 2b.05.01 hart
- 17 **myocardinfarct**
  - 1.05.01 infarct
  - 2a.02.02.02 borstinhoud
  - 2b.05.01 hart
- 18 **ritmestoornis**
  - 1.11 overige functiestoornis
  - 2a.02.02.02 borstinhoud
  - 2b.05.01 hart

### Systeem aandoeningen

Aangezien dit complicaties zijn waarin meerdere organen kunnen zijn betrokken is er hier in eerste instantie geen verdere typering gedaan. Suggesties voor verdere typering worden gegeven in de voorkomende gevallen. Evenals mogelijkheden indien dit ten gevolge van een ingreep vindt.

- 19 **allergische reactie**
  - 1.10.01 allergische reactie
  - 2a.99 lichaamsdelen, niet nader gespecificeerd
  - 2b.99 algemeen, niet nader gespecificeerd
  - 3.01.07.01 medische en biologische stoffen, dosering binnen de therapeutische range

Het allergeen kan nader worden gespecificeerd in as 3
- 20 **febrile neutropenie**
  - 1.01 infectie, ontsteking koorts

- en
  - 1.14.03 hematologische afwijkingen
  - 2a.99 lichaamsdelen, niet nader gespecificeerd
  - 2c.04 bloed
  - 3.01.07 bedoelde toediening van medisch biologische stoffen
- Hier is gekozen voor het erkennen van twee complicaties: koorts en neutropenie.. Beide zouden daarom genoteerd moeten worden. Indien dit optreedt na chemotherapie kan dat tevens worden vastgelegd in as 3.

- 21 **shock**
  - 1.08 shock
  - 2a.99 lichaamsdelen, niet nader gespecificeerd
  - 2b.05.99 tractus circulatorius, niet nader gespecificeerd

- 22 **transfusie reactie**
  - 1.10.02 transfusiereactie
  - 2a.99 lichaamsdelen, niet nader gespecificeerd
  - 3.03.02 humane bloedproducten

### Overige aandoeningen

- 23 **apneu / respiratoire insufficiëntie**
  - 1.14.98 symptomen zonder diagnose, overige gespecificeerd
  - 2a.02.02 borst (thorax)
  - 2b.06.99 tractus respiratorius, niet nader gespecificeerd
- 24 **atelectase**
  - 1.11 overige functiestoornis
  - 2a.02.02.02 borstinhoud
  - 2b.06.02 onderste luchtwegen
- 25 **longembolie**
  - 1.03 trombose/embolie
  - 2a.02.02.02 borstinhoud
  - 2b.06.02 onderste luchtwegen
  - 2c.05.01 arterie

- 26 **luchtembolie**
  - 1.03 trombose/embolie
  - 2a.99 lichaamsdelen, niet nader gespecificeerd
  - 2b.05.99 tractus circulatorius, niet nader gespecificeerd
- 27 **reexpansieoedeem**
  - 1.13.02 lekkage/vochtophoping
  - 2a.02.02.02 borstinhoud
  - 2b.06.02 onderste luchtwegen
  - 3.01.02 snede punctie of perforatie

Complicatielijst voor de longgeneeskunde volgens Masterclassificatie 3.0, namens NVALT. December 2007



# Onderhoud +

**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



‘zonodig’



is veranderd

Symbicort Maintenance And Reliever Therapy

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

# Capture-recapture Methods in Surveillance of Tuberculosis and Other Infectious Diseases

*Samenvatting proefschrift Rob van Hest, tuberculose-arts/epidemioloog (14 september 2007)  
Afdeling tuberculosebestrijding GGD Rotterdam-Rijnmond in samenwerking met de afdeling  
Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam*

Surveillance is een essentieel onderdeel van infectieziektebestrijding. Een gangbare vorm van surveillance bestaat uit de meldingen aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg maar vaak worden niet alle patiënten met een bepaalde infectieziekte gerapporteerd, zelfs niet alle patiënten met een meldingsplichtige infectieziekte. Voor een betrouwbare surveillance is kennis over de volledigheid van het aantal meldingen belangrijk. Dit proefschrift beschrijft hoe, na het koppelen van verschillende infectieziekte-registers, de volledigheid van het aantal meldingen kan worden geschat met behulp van de vangst-hervangst methode ("capture-recapture analysis")

## Vangst-hervangst methoden

De vangst-hervangst methode is een techniek die oorspronkelijk werd ontwikkeld voor het schatten van de omvang van dierenpopulaties. Door een aantal malen dieren te vangen, de gevangen dieren van een uniek merkteken te voorzien (bijvoorbeeld door een vogel te ringen) en deze dieren weer los te laten kan, op basis van de gegevens van vangst en hervangst (het opnieuw vangen van een inmiddels gemerkt dier), het totaal aantal dieren in de betreffende populatie worden berekend met statistische methoden, mits aan bepaalde aannames wordt voldaan. In de epidemiologie kan dit vertaald worden naar het "vangen" van een patiënt in een bepaalde registratie. Voor infectieziekten wordt vaak gebruikt gemaakt van drie gangbare registraties, namelijk het meldingenregister, een laboratorium-uitslagenregister en het ziekenhuisopname-register. Door de drie registraties te koppelen wordt bekend hoeveel patiënten in één, twee (hervangst) of drie (twee hervangsten) registraties bekend zijn. Deze gegevens kunnen dan in een 2 x 2 x 2 meerwegskruistabel worden geplaatst. Deze tabel heeft één lege cel, namelijk het

(onbekende) aantal patiënten dat door geen van de drie registraties is "gevangen". Met behulp van log-lineaire modellen, zoals ontwikkeld voor de analyse van meerwegskruistabellen, kan het aantal patiënten in deze lege cel worden geschat. Het totale aantal patiënten is dan uiteraard het aantal patiënten bekend in minstens één registratie plus het geschatte aantal onbekende patiënten. Nu kan de volledigheid van het meldingen-register, met andere woorden de onderrapportage, worden bepaald. Dit proefschrift begint met een inleiding over de geschiedenis, achtergrond, methodologie en toepassing van de vangst-hervangst analyse, in het bijzonder op het gebied van tuberculose en andere infectieziekten. Hierbij wordt onder andere aandacht besteed aan de aannames waaraan vangst-hervangst onderzoek moet voldoen om tot betrouwbare resultaten te leiden. Bijvoorbeeld dienen de registraties bij voorkeur onafhankelijk van elkaar te zijn, dat wil zeggen dat het bekend zijn een register de kans om bekend te zijn in een ander register niet mag beïnvloeden (met andere woorden: er bestaat geen interactie tussen de registers).

## Onderrapportage van malaria en Legionella-longontsteking (veteranenziekte)

Daarna wordt beschreven hoe in Nederland door middel van dergelijk onderzoek de volledigheid van rapportage werd geschat van de meldingsplichtige infectieziekten malaria en Legionella-longontsteking (veteranenziekte). In de Infectieziektewet van 1999 wordt voor bepaalde infectieziekten melding door het laboratorium verplicht gesteld in plaats van aangifte door de arts. Om de waarde van deze wijziging te onderzoeken werd de volledigheid van het aantal aangiften door artsen en meldingen door laboratoria voor malaria in 1996 onderzocht met vangst-hervangst

analyse. Het totale aantal malaria patiënten werd geschat op 774 (95% betrouwbaarheidsinterval (BI) 740-821) en de onderrapportage op circa 30% en 60% voor respectievelijk de laboratoria en de artsen. Wij concluderen dat het aantal officieel geregistreerde malariapatiënten in Nederland aanzienlijk kan toenemen na invoering van melding door het laboratorium.

Om het aantal patiënten met de veteranenziekte in 2000 en 2001 te schatten en de mogelijke invloed van verwachte en vastgestelde regionale verschillen in incidentie van de veteranenziekte in Nederland op deze schatting werd, naast een conventioneel vangst-hervangst model, een speciaal covariaat ("regio") vangst-hervangst model gebruikt. Dit model schatte 886 (95%BI 827-1022) patiënten met de veteranenziekte gedurende beide jaren, hetgeen een geschatte onderrapportage van circa 58% betekent. De gemiddelde jaarlijkse incidentie ratio's op grond van het aantal gemelde, het aantal geïdentificeerde en het aantal geschatte patiënten met de veteranenziekte bedroegen respectievelijk 1.2, 2.4 and 2.8 per 100 000 inwoners, maar waren hoger in de zuidelijke regio van Nederland. Wij concluderen dat covariate vangst-hervangst analyse, rekening houdend met de regionale verschillen in incidentie van de veteranenziekte in Nederland, de verstoring in de schatting van de landelijke incidentie in Nederland lijkt te beperken. Daarna wordt de vraag besproken hoe de kenmerken van verschillende infectieziekten en hun registraties de uitvoerbaarheid en betrouwbaarheid van de vangst-hervangst analyse beïnvloeden.

## Onderrapportage van tuberculose

De volledigheid van het aantal meldingen van tuberculose werd geschat door middel van vangst-hervangst analyse in Nederland, de regio

Piemonte (rond Turijn) in Italië en in Engeland.

#### Nederland

In Nederland, een land met een goed georganiseerde tuberculosebestrijding, waren maar liefst zeven bestaande registers op het gebied van tuberculose beschikbaar voor de koppeling, waarvan er vier gebruikt werden ter validatie. Na de koppeling van de Nederlandse tuberculoseregisters werden in 1998 in totaal 1499 tuberculose patiënten gevonden en aldus een onderrapportage van circa 7% vastgesteld. Vervolgens werd het aantal tuberculosepatiënten met een zogenaamd verzadigd vangst-hervangst model (dat wil zeggen een model waarin alle mogelijke interacties tussen de registers zijn opgenomen) geschat op 2053 (95%BI 1871-2443), wat een onderrapportage van ruim 36% zou betekenen. Omdat dit laatste resultaat niet geloofwaardig is werden de gekoppelde registraties nogmaals nauwkeurig onderzocht. Na een correctie voor een mogelijk niet helemaal juiste koppeling van de bestanden en het mogelijk nog aanwezig zijn van enkele foutpositieve dossiers in het ziekenhuisbestand werd het aantal tuberculosepatiënten met een spaarzaam vangst-hervangst model (dat wil zeggen een model waarin slechts één of twee interacties tussen registraties zijn opgenomen) geschat op 1547 (95%BI 1513-1600), hetgeen een onderrapportage van ruim 13% betekent. Aan de vangst-hervangst methode verwante alternatieve zogenaamde "truncated" modellen voor populatieschattingen gaven een vergelijkbaar resultaat. Truncated modellen proberen, op basis van het aantal malen dat een individu wordt geobserveerd in één of een aantal gekoppelde registraties, het aantal personen te schatten in de (truncated) nul-frequentie categorie. In dit hoofdstuk laten we de mogelijke invloed zien van schending van de vangst-hervangst aannames van perfecte koppeling en perfecte positief voorspellende waarde van registers op de uitkomsten van vangst-hervangst analyse.

#### Italië

Het koppelen van de drie bestanden verhoogde het aantal bekende tuberculosepatiënten in de regio Piemonte in 2001 van 557 (via de meldingen) tot 657, een vastgestelde onderrapportage van circa 15%. Een spaarzaam vangst-hervangst model schatte het totale aantal tuber-

culosepatiënten op 704, hetgeen een geschatte onderrapportage van bijna 21% betekent. Wij concluderen dat wanneer meerdere tuberculoseregistraties beschikbaar zijn, het koppelen van deze bestanden het aantal vastgestelde patiënten met tuberculose kan verhogen en dat de vangst-hervangst analyse gebruikt kan worden om het aantal gevallen van tuberculose en de volledigheid van het aantal meldingen te schatten, hetgeen bijdraagt aan een meer nauwkeurige surveillance van de lokale epidemiologie van tuberculose.

#### Engeland

Een voordeel van de huidige tuberculose-surveillance in Engeland is dat de meldingen- en laboratoriumregisters reeds standaard worden gekoppeld. Vanwege de omvang van dit onderzoek, 28678 vastgestelde patiënten na koppeling van drie tuberculosebestanden, moest gebruik gemaakt worden van hoogwaardige computer software om de tuberculosepatiënten uit het ziekenhuisopnameregister te koppelen aan beide andere bestanden. Het percentage foutpositieve dossiers onder de niet gekoppelde meldingen in het ziekenhuisopnameregister moest vervolgens geschat worden met behulp van een wiskundig model. Na de koppeling van de tuberculoseregisters werd een onderrapportage van tuberculose tussen 1999 en 2002 van circa 16% vastgesteld. Vervolgens werd de onderrapportage met een verzadigd vangst-hervangst model geschat op bijna 44%. Omdat deze geschatte onderrapportage niet geloofwaardig leek en in sterke tegenspraak was met eerdere schattingen werden de gegevens nagerekend met een 'truncated' model. Dit model schatte de onderrapportage beduidend lager op circa 21%. Deze uitkomst stemde wel overeen met eerdere Engelse schattingen en met de eerder genoemde bevindingen in Italië. Wij concluderen dat de koppeling van de meldingen- en laboratoriumregisters, zoals standaard wordt verricht in het Engelse surveillance systeem, de nauwkeurigheid van de surveillancegegevens en de volledigheid van het aantal vastgestelde tuberculosegevallen verbetert. De betrouwbaarheid van vangst-hervangstonderzoek, zeker als het verzadigde vangst-hervangstmodel wordt geselecteerd, alsmede die van de "truncated" modellen voor populatieschattingen dient, in de context van infectieziektesur-

veillance, verder onderzocht te worden. Daarna wordt de vraag besproken hoe de kenmerken van verschillende surveillancesystemen voor tuberculose in diverse landen de uitvoerbaarheid en betrouwbaarheid van de vangst-hervangst analyse beïnvloeden.

#### Waarde van "truncated" modellen voor infectieziektesurveillance

Zoals beschreven werden, vanwege methodologische problemen tijdens de conventionele vangst-hervangst onderzoeken naar de onderrapportage van tuberculose in Nederland en Engeland, deze gegevens opnieuw onderzocht met de "truncated" modellen voor populatieschattingen. Deze "truncated" modellen werden tevens gebruikt om de dekkinggraad te schatten van een mobiel radiologisch screeningsprogramma voor tuberculose onder harddrugsverslaafden en daklozen in Rotterdam. Volgens de twee gebruikte "truncated" modellen bereikte het screeningsprogramma voor tuberculose ongeveer tweederde van de geschatte doelgroep tenminste één maal per jaar en werd de dekkinggraad van het beoogde doel, tenminste twee thoraxröntgenfoto's per persoon per jaar, geschat op circa 23%. We concluderen dat "truncated" modellen relatief eenvoudig kunnen worden toegepast op routinematig verzamelde gegevens in een enkele informatiebron voor het schatten van de dekkinggraad van een screeningsprogramma voor tuberculose onder harddrugsverslaafden en dak- en thuislozen. Tenslotte werden 19 gegevensbestanden van gepubliceerde conventionele vangst-hervangst studies op het gebied van infectieziekerapportage opnieuw onderzocht met drie verschillende "truncated" modellen en de onderlinge uitkomsten vergeleken. We concluderen dat voor het schatten van infectieziekte-incidentie in principe de voorkeur uitgaat naar conventionele vangst-hervangst modellen. Echter "truncated" modellen kunnen gebruikt worden als heuristisch instrument om het mogelijke falen van vangst-hervangst modellen te onderkennen, in het bijzonder wanneer verzadigde vangst-hervangst modellen onverwachte en onwaarschijnlijk hoge schattingen geven. Daarna wordt de vraag naar de uitvoerbaarheid en betrouwbaarheid van deze "truncated" modellen voor infectieziekte-surveillance besproken.

**Conclusies**

De belangrijkste conclusies van dit proefschrift zijn dat voor vangst-hervangstonderzoek op het gebied van infectieziektesurveillance geëigende kennis wordt vereist van ziekte, patiënten en registraties. Voorts kunnen bij vangst-hervangst analyse kleine variaties in de kwaliteit van de verzamelde gegevens en de koppeling van deze gegevensbestanden leiden tot grote verschillen in de omvangschattingen. Verder bleken ziekenhuisopnameregisters vaak veel foutpositieve data te bevatten die de betrouwbaarheid van een vangst-hervangst schatting verstoren. Ook werd gevonden dat wanneer

er factoren aanwezig zijn die de kans kunnen beïnvloeden op het wel of niet bekend zijn in een infectieziekteregister, een hierop aangepaste vangst-hervangst analyse een verstoring van de resultaten kan beperken. Tenslotte wordt gesteld dat “truncated” modellen kunnen dienen als een heuristisch instrument om het mogelijke falen van bepaalde (verzadigde) vangst-hervangst modellen te onderkennen.

**Aanbevelingen**

De aanbevelingen van dit proefschrift zijn dat vangst-hervangst studies op het gebied van infectieziekten dienen te worden uit-

gevoerd door een multidisciplinaire groep onderzoekers. Verder dient, voor een meer betrouwbare koppeling van infectieziekteregisters, de Infectieziektewet uit 1999 op het punt van te registreren persoonsgegevens te worden aangepast. Voorts dient, om snelheid en kwaliteit van infectieziektesurveillance te verbeteren en als goed alternatief voor vangst-hervangstonderzoek, het koppelen van de aangiften en de positieve laboratoriumuitslagen via internet te worden gerealiseerd. Tenslotte dient de waarde van de “truncated” modellen voor de validatie van vangst-hervangst schattingen betreffende de onderrapportage van infectieziekten verder onderzocht te worden.



**≤ 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'

## Uitreiking Novartis Pulmonologie Prijs 2007

Geachte voorzitter, collegae en andere aanwezigen,

Ik spreek hier namens de jury van de Novartis Pulmonologie Prijs. Deze bestaat uit 5 Nederlandse longartsen, geografisch fraai gespreid over het land.

De Novartis Pulmonologieprijs van € 5.000,- wordt uitgereikt aan een Nederlandse longarts, die, en zo staat het letterlijk in de omschrijving, naast de reguliere werkzaamheden een substantiële bijdrage heeft geleverd aan de kwaliteit van de longgeneeskundige zorg. Niet door uitnemend wetenschappelijk onderzoek of het beste proefschrift maar vooral door extra activiteiten om de kwaliteit van leven voor patiënten te verbeteren.

Ook dit jaar is de jurykeuze gevallen op een door collega's genomineerde kandidaat die ons inziens goed voldoet aan deze omschrijving.

De prijs gaat dit jaar naar Marjolein Drent uit Maastricht.

Beste Marjolein,

Jij bent opgeleid in Nieuwegein door Jules van den Bosch, de prijswinnaar van twee jaar geleden. Ik neem aan dat zijn kennis en enthousiasme jouw grote interesse voor de interstitiële longziekten gewekt hebben. Van Nieuwegein ging je naar het Academisch Ziekenhuis in Maastricht. Je hebt daar de afgelopen jaren met een niet aflatende inzet en grote betrokkenheid bijgedragen aan verbetering van de diagnostiek en de behandeling van patiënten met interstitiële longziekten, in het bijzonder sarcoïdose.

In 2000 heb jij het sarcoïdose managementteam opgericht. Dit jaar volgde het interstitiaal lung disease care centrum. Allerlei disciplines zijn hierin vertegenwoordigd die noodzakelijk zijn voor topreferente zorg.

Met dit centrum informeren en behandelen jullie vele longfibrose patiënten. Jullie centrum probeert longfibrose- en met name sarcoïdosepatiënten nieuwe hoop en perspectieven op een betere kwaliteit



van leven te geven. Jij speelt een voorname rol in een actieve patiëntenvereniging. Daarnaast zijn jullie een kennisbron voor collega's van heinde en verre. Jij hebt in nog relatief korte tijd veel wetenschappelijke output gegenereerd.

Al deze activiteiten hebben er in geresulteerd dat je, opgeleid in een perifere kliniek, hoogleraar in een academisch ziekenhuis bent geworden. Bijzonder hoogleraar longziekten in het bijzonder interstitiële longaandoeningen aan de Universiteit Maastricht. In mei 2006 sprak jij je oratie uit getiteld: "Adembenemende Contacten" "Breath Taking Inspirations".

Jij hebt je met een soort fanatisme vastgebeten in de interstitiële longziekten, met name de sarcoïdose. Je noemt jezelf de Sherlock Holmes van de interstitiële pathologie. Samen op pad met de patiënt om de trigger van de ziekte te identificeren. Samen met je team op pad om het mysterie van het menselijke DNA te ont-rafelen.

Als je iets wilt heb je een enorme vechtlust en eigenzinnigheid om je doel te bereiken. Ook al gaat het niet volgens de geijkte wegen, je krijgt het toch klaar.

Jij bent zeer sociaal en toegankelijk voor patiënten. Daar ben je dag en nacht voor bereikbaar. Patiënten hebben jou eerder te pakken dan wij als collega's. Deze prijs

moet ook een aanmoediging zijn om de lijnen naar je collega's in het land goed open te houden.

Marjolein, jij krijgt de 9de prijs in het illustere gezelschap van de vorige 8 winnaars: Aafke Meinesz in Groningen met haar bijzondere inzet voor thuisbeademing, Bert Baas in Tiel voor het opzetten van een centrum voor palliatieve terminale zorg, Harrie Heijerman in Den Haag voor de sociale aspecten van CF, Paul van Spiegel in Amsterdam voor de rookstop lobby, Anco Boontra voor zijn activiteiten voor patiënten met pulmonale hypertensie, Kees Westermann in Nieuwegein voor zijn inzet voor patiënten met de ziekte van Rendu-Osler-Weber, Jules van den Bosch met zijn zorg voor longtransplantatiepatiënten en patiënten met interstitiële longziekten en Jan Festen met een oevreprijs voor het opzetten van de landelijke opleiding van longfunctielaboranten en zijn oncologische activiteiten: pionier met stents en sneldiagnostiek bronchuscarcinoom en zijn vele vrijwilligerswerk voor het Longkanker Informatie Centrum.

Marjolein, heel graag overhandigt Peter Sterk jou namens de firma Novartis de bloemen en ik jou namens de jury de cheque en de oorkonde.

5 oktober 2007  
Wim van Veldhuizen.



## ACCP-verslag

Marriott Hotel, Downtown Chicago, 15 oktober, het is iets voor half acht in de ochtend. In de lobby van het hotel zijn er redelijk wat gasten, maar al met al lijkt het niet echt druk. Volgens het mailtje van een paar dagen geleden zouden de deelnemers van het programma elkaar in de lobby van het hotel moeten treffen, samen met een zekere dr. Olopade, onze begeleider. Maar, in de lobby is geen groep te bekennen. Ik begeef me naar de "isle-desk" van de conciërge, centraal in de lobby. Een jonge man staat voor mij in de rij, toevallig stelt hij aan de conciërge exact dezelfde vraag die ik haar wou stellen: "Do you know anything about the international physicians mentoring program, I should be in that group and we would be meeting dr. Olopade at seven thirty". De conciërge, glimlachend, geeft op een vriendelijke toon te kennen dat ze hier niet van op de hoogte is. Gelukkig, ik had een lotgenoot gevonden. Ik groette hem en we maakten kennis. Hij heette Manish, hij was van Schotland. We stapten richting hoofdingang, al gauw kwamen één per één de andere deelnemers, van her en der uit de lobby, uit hun stoelen opstaan en zich voorstellen. Mijn Nederlandse collega was er één van, wij waren de enige deelnemers die elkaar al kenden. Niet veel langer hierna kwam dr. Olopade binnen.

Het ACCP Chestcongres heeft dit jaar plaats gevonden in Chicago, Illinois. In de week vooraf aan dit congres organiseerde de ACCP (American College of Chest Physicians) samen met Nycomed, het International Physician Mentoring Program. En net als het Chestcongres werd het Mentoring Program

in Chicago georganiseerd. Om deze reden werd voor dit jaar de vormgeving en de inhoudelijke invulling van dit Program toevertrouwd aan de ACCP-governor van Illinois, dit was dr. Olopade. Deze aimabele Nigeriaanse Amerikaan is het hoofd van de afdeling Clinical Research van de faculteit Pulmonary Medicine, Critical Care and Sleep Medicine aan de universiteit van Chicago. Dit jaar waren er 16 deelnemers aan het Program, afkomstig uit 14 verschillende landen (Mexico, Brazilië, Argentinië, Groot-Brittannië, Duitsland, Hongarije, Tsjechië, Polen, Roemenië, Zwitserland, Griekenland, Zuid-Afrika, Australië en Nederland).

Dit Mentoring Program is bedoeld voor "chest physicians" (in opleiding), in de Nederlandse situatie voor longartsen (in opleiding) dus. De deelnemers waren van verschillende opleidingsniveaus en verschillende leeftijden, sommigen nog in opleiding, anderen niet meer. Het biedt de gelegenheid om intensief contact te hebben met collega's vanuit de V.S. uiteraard, maar ook vanuit verschillende andere landen, om ervaringen en ideeën uit te wisselen en als het kan, het liefst, om contacten

te laten leggen met collega's die gelijkaardige interesses delen.

Het Program begon op maandagochtend in een van de zalen van de University of Illinois at Chicago (UIC) met een Amerikaans ontbijt, bestaande uit een hamburger en fruitsalade. Dit pleit nog maar eens voor het feit dat health-care professionals ook durven te zondigen. Dr. Olopade had voor ons voorzien dat we verschillende afdelingen (verpleegkundig, critical care, sleeplab, research center) zouden bezoeken en verschillende conferences (casusbespreking, topic, referaat) en heel veel lectures zouden krijgen. Deze laatste vonden altijd plaats in de COMRB-zaal, maar de deelnemers van het Mentoring Program hadden het al gauw omgedoopt in de "Cold Room", dit omdat de thermostaat van deze zaal onwrikbaar gefixeerd stond op 72 ° Fahrenheit, indommelen tijdens de lectures zat er dus niet in.

Een van onze eerste afdelingsbezoeken was aan de medical critical care unit. Een redelijk groot verschil met Nederland is dat de chest physicians hier de hoofdbe-

handelaars zijn, de anaesthesist en de internist zijn consultant. Ook al zijn er in Nederland longarts-intensivisten, het merendeel van de Nederlandse intensivisten hebben een achtergrond als internist of anaesthesist. Chest physicians hebben in dit ziekenhuis overigens geen eigen longafdeling, patiënten met longaandoeningen komen op de afdeling interne geneeskunde te liggen, waar de chest physician in consult is. Wat ons ook opviel was dat



de mechanische ventilatie werd gecoördineerd door "respiratory therapists", speciaal opgeleide laboranten die verantwoordelijk zijn voor het instellen en de bewaking van de beademing. Wat betreft pathologie op de critical care was ook enig verschil op te merken met Nederland: het merendeel van de patiënten werden door de Europese collega's namelijk "te licht" bevonden voor een opname op de critical care, getuige het feit dat minder dan de helft van de patiënten geintubeerd was. Op de critical care lagen ook enkele patiënten met MRSA, waarvan één zelfs een community-acquired MRSA had.

Een geaffilieerd ziekenhuis is het Mercy hospital, een community hospital, waar vooral de armere mensen verzorgd worden. We kregen ook de gelegenheid om ook hier een bezoeken aan de critical care unit te brengen. Het hoofd van deze afdeling vertelde ons dat er net een patiënt overleden was, die niet verzekerd was en bij wie ze voor ongeveer een miljoen dollars aan kosten hadden gehad, om deze kosten te kunnen compenseren werd beroep gedaan op de bemiddeling van een senator in Washington.

Dat de critical care een belangrijk deel uitmaakt van de praktijk van de Amerikaanse longarts, was ook te merken aan de vele lectures die de diverse thema's uit de critical care medicine belichtten (sepsis, hemodynamics, ventilation, weaning, nutrition).

Verder hebben we een bezoek kunnen brengen aan het research lab van de universiteit, waar longartsen vooral onderzoek doen naar mediators van inflammatie.

Naburig aan het universiteitsgebouw is er een onafhankelijk researchcentrum aanwezig, dit is een instelling dat m.n. klinisch onderzoek faciliteert, het biedt

onderzoekers ondersteuning wat betreft opstellen van studieprotocollen, ethische keuring en tracht overheidsfondsen te werven.

Een andere afdeling die we bezochten was het sleep lab, dit is ook een onafhankelijke instelling in de medical district. Hier werken leden van medische staf van de UIC. Er zijn 10 bedden aanwezig waar slaaponderzoek gedaan wordt. Dr. Olopade heeft zelf als aandachtsgebied slaapgerelateerde aandoeningen, hij heeft ons laten delen in een primeur wat betreft real-time neuro-imaging bij OSAS-patiënten: NIRS (Near Infra Red Spectroscopy). Dit is een techniek waarbij a.h.v. spectroscopie de oxygenatiegraad van het hemoglobine in de hersenen op een non-invasieve manier wordt gemeten, op dit moment zijn er een beperkt aantal publicaties hierover.

Een ander opvallend item in het sleeplab waren de tennisballen die op de rug van de XXL-T-shirts van de positie-afhankelijke OSAS patiënten worden genaaid, een gebruik die we in Nederland ook kennen.

Naast de vele lectures, die hoofdzakelijk over onderwerpen uit de critical care gingen, hebben we ook deelgenomen aan diverse conferences. Eén ervan was een referaat van een artikel in de NEJM dat handelde over thermoplastie bij asthmatici. Dit leverde een aardige discussie op, omdat de aanwezige medische staf erg sceptisch was tegenover deze nieuwe techniek en in discussie gingen met enkele van de deelnemers van het Mentoring Program die uit centra kwamen die geparticipeerd hadden in de betreffende studie. Een andere interessante bijeenkomst betrof een klinische casusbespreking, hierbij ging het over een patiënt met verdenking op atypische mycobacterium infectie, met de vraagstelling of het verantwoord was

zonder een definitieve diagnose te behandelen. Nog een andere bijeenkomst ging over het onderwerp arbeidsongeschiktheid, hier merkt men duidelijk dat in de V.S. de verzekeringsinstanties hoge drempels aanhouden bij het uitkeren van vergoedingen.

Tijdens dit Program was er niet alleen aandacht voor geneeskunde, maar werd ook een apart sociaal programma verzorgd. Zo had dr. Olopade een boatrip georganiseerd, en voor hen die dit niet wisten, Chicago is heel trots op zijn architectuur. Daarom wordt elke toerist geadviseerd een boatrip te maken om zo de gebouwen aan de oevers van de Chicago River te bezichtigen. Het valt niet te ontkennen dat er heel mooie gebouwen zijn in downtown Chicago. De mooiste zijn ongetwijfeld de oudere gebouwen uit lime-stone en terra cotta. Contrasterend met deze gebouwen, zijn er meer modernere constructies met een façade van staal en glas. En er wordt nog steeds bijgebouwd in het hartje van Chicago. Architecten proberen elk nieuw gebouw een unieke vorm en uitzicht te geven. Dit alles bepaalt het eclectisch beeld van deze stad.

De inwendige mens werd ook verzorgd, tot twee maal toe werd een "dinner" georganiseerd. Net zoals het programma begon met een Amerikaans ontbijt, konden we het dus afsluiten met een lekkere maaltijd. Al met al een leerzame, interactieve en geslaagde week die wij zeker kunnen aanbevelen aan toekomstige kandidaten. Wij danken Nycomed (het voormalige Altana) en de ACCP voor het mogelijk maken van deze unieke ervaring in Chicago.

11-11-2007  
Sayed Hashemi  
Idris Bahce

# Verbeterd perspectief bij NSCLC



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>



Lilly Oncology

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

**Lilly**  
Answers That Matter.

## Aangenaam verrast

Ik was aangenaam verrast. De poli was prima verlopen en bij het afronden van de werkzaamheden van die dag viel mijn oog op de beschrijving van de thorax-foto van een patiënt die ik eerder deze middag gezien had. De casus op zich was niks bijzonders; wat atypische thoracale pijn en bij lichamelijk onderzoek was mijn oog met name gevallen op een tepelpiercing en een aarsgewei. U kent dat wel: zo'n tatoeage op de onderrug, welke zich vanuit de mediaanlijn als een soort klimop naar beide flanken vertakt. 'Matige inspiratie stand', schreef de radioloog. 'Slink cor en geen infiltraten of pleuravocht'. Tot zover vrij standaard, maar hij eindigde zijn verslag met: 'een modernistisch versiersel aan de linkerzijde', doelend op het stukje metaal met aanhangsel dat door 's mans mamilla was geboord. Een dergelijke verrassende benaming had ik niet eerder gehoord en even dacht ik de verklaring voor de thoracale pijn al gevonden te hebben. Met een glimlach op mijn gezicht wilde ik de site van de NVALT weggelijken en de computer afsluiten toen mijn aandacht getrokken werd naar de congressagenda van de Pulmoscript: '31 oktober 8e vrouwelijke longartsendag 2007, Hilversum'. Een mengeling van verbaazing en milde irritatie maakte zich van mij meester. Een vrouwelijke longartsendag!! En nog wel de achtste!!!

Vanuit de kamer naast mij werd geroepen of ik ook naar huis ging en even later liep ik met mijn tas onder de arm richting fietssenstalling.

Die nacht kon ik de slaap maar moeilijk vatten. Het maalde maar door mijn hoofd: wat zou het doel zijn van een dergelijke vrouwelijke longartsendag? Zouden de vrouwelijke longartsen zich apart willen organiseren en een blok willen vormen tegen de mannen? Zouden ze zelfs

de mannen willen overrulen, en mogelijk zelfs willen afsplitsen? Zou het ultieme doel de V-NVALT zijn? En zouden ze ons vervolgens in complete chaos en ontredering achterlaten??

Een geweldige strijd lust maakte zich van mij meester en ik voelde dat er een contrabeweging moest komen. Ik zou nu meteen een mail sturen naar het Hoofdbestuur van de NVALT! In het donker sprong ik met Che Guevariaanse gevoelens uit bed en.....ik struikelde over mijn vuile sokken en onderbroek die altijd op een hoopje bij de deur liggen. Ik probeerde op te staan maar een uiterst venijnige pijn verwees mij terug naar de ijskoude houten vloer. Helaas was ik genoodzaakt om de hulp van mijn vrouw in te roepen. Mijn enkel kreeg in no-time het formaat van een beste biljartbal en een bezoek aan de dokterswacht leek onvermijdelijk. 10 minuten later werd mijn enkel onderzocht door een uiterst vriendelijke, vrouwelijke huisarts. Ter uitsluiting van een fractuur verwees zij mij naar de Spoed Eisende Hulp voor het maken van een X-enkel. De chirurgische arts-assistente, die er voor het tijdstip van de nacht nog bijzonder fris uitzag, vertelde mij dat er geen fractuur te zien was. Gelukkig, een tape-je zou volstaan. Strompelend liep ik, zwaar ondersteund door mijn vrouw, terug naar de auto. Op de terugweg, terwijl het buiten aarde-donker was, werd het mij eens te meer duidelijk. Hier was absoluut meer aan de hand. Wij mannen moesten op onze hoede zijn en ons organiseren!! En zo werd middernacht het idee van een mannelijke longartsen bijeenkomst geboren.

Toen ik een week later in onze Friese Maatschap, tijdens de maandelijkse vergadering in Hotel Oostergoo, mijn idee op tafel legde (onze enige vrouwelijke

longarts, Anneke ten Brinke, was bij hoge uitzondering afwezig), werd dit met ooverdovend gejuich ontvangen. "Oderint dum metuint!" riep de ober die een deel van de vergadering had opgevangen en even dacht ik de leider van de revolutie al gevonden te hebben. 'Een krachtig boegbeeld met ferme uitspraken', maar de deceptie was groot toen later bleek dat hij trainer was bij de plaatselijke VKK\*. Het opstellen van een agenda voor de 'mannelijke bijeenkomst' verliep moeizaam, maar gesteund door Ageeth, onze beleidsmedewerkster, kwamen we een heel eind op weg. Die avond, na de vergadering, in de bar van het hotel, werd het onderwerp nog eens stevig bij de kop gepakt. 'Krachtige taal, veel spierballen, de nodige alcohol en een zeer beperkte diepgang' was de conclusie die ik de volgende dag moest trekken, nadat ik met behulp van paracetamol en brufen mijn hart weer had kunnen verplaatsen vanuit mijn hoofd naar mijn thorax. De bonkende koppijn was langzaam weggezakt en naar mate de dag verstreek kon ik weer met een positiever gevoel terugkijken op een bere-gezellige avond. Ik heb mijn friese maten een mailtje gestuurd en ze bedankt voor de geweldige avond die we omgedoopt hebben tot '1e Mannelijke Longartsen Nacht!!' Daar wil ik het voorlopig maar even bij laten.....

Ralph Koppers  
Medisch Centrum Leeuwarden

Voor contact over de 1e Mannelijke Longartsen Nacht of voor andere initiatieven, zie: [www.frieselongartsen.nl](http://www.frieselongartsen.nl)

\*VKK: Vrouwelijke Korfbal Klub

# Digitaal lustrum NVALT

37

Nog 6 maanden en dan is het zover; het 100 jarig lustrum van de NVALT. De voorbereidingen zijn in volle gang voor een lustrum wat u niet zult vergeten. De NVALT is moderne vereniging die goed met zijn tijd mee gegaan is. De lustrumcommissie wil hier niet bij achterblijven. Vanaf half januari gaat de NVALT lustrum site de lucht in. Op deze site wordt u op de hoogte gehouden over de ontwikkelingen rondom

het lustrum en het programma. Tevens kunt u via deze site digitaal een lustrumprogramma geheel gericht op uw voorkeur samenstellen en bevestigen. Twijfelt u tussen de verschillende programmaonderdelen dan stellen netwerklinks u in staat verder geïnformeerd te raken over de verschillende programmaonderdelen. Verschillende programmaonderdelen kennen een maximum aantal deelnemers. De com-

puter registreert automatisch het aantal deelnemers voor elk onderdeel, en zal de programmaonderdelen afsluiten als het maximum is bereikt. Kortom: wacht niet te lang met het bezoek aan de website, want wie het eerste komt heeft de meeste keus. Tot in januari op de site.

Namens de lustrumcommissie,  
Anton Vonk Noordegraaf

*Reserveer in  
uw agenda:  
vrijdag 30 en  
zaterdag 31 mei  
2008*



## EEN LONGARTS IN AFGHANISTAN (2)



In de vorige aflevering van PULMOSCRIPPT kon u kennisnemen van de reis naar en aankomst in Camp Bastion in Helmand, Afghanistan, Henk Berendsen. Hieronder kunt u meer lezen over de leef- en werkomstandigheden ter plaatse en enkele persoonlijke impressies van de schrijver.

In Helmand was ik hoofd van de door Nederland ingerichte militaire bloedbank. Het unieke was dat er gewerkt werd met diepgevroren bloedproducten (-80°). Behalve het Nederlandse leger doet niemand in de wereld dat tot nu

toe. Wij zijn er erg trots op. De Britten kenden deze werkwijze niet en zaten er zeker niet op te wachten. Ik voelde mij een soort medisch diplomaat. Ik moest proberen hun vertrouwen in het product te winnen. Je moest vooral wennen aan

hun manier van 'ja' of 'nee' zeggen. Wat vindt u bijvoorbeeld van deze zin: "There can be little doubt that, although we can not immediately say yes, there is every intention to say yes sooner or later". Vele gesprekken en voordrachten later was ik erg trots op het moment dat voor het eerst in de geschiedenis het Nederlandse militaire diepvriesbloed werd toegevoegd aan de operationele bloedvoorraad van een bondgenoot.

Alles in het kamp was overpowered. Alles te koud of te warm. Energie was er genoeg. Het kamp consumeerde naar mijn idee meer energie dan half Afghanistan. Overall rijen met in containers gevatte

**NIEUW**

# FOSTER<sup>®</sup>

## DE EERSTE COMBI AËROSOL MET EXTRAFIJNE DEELTJES



### Snel, effectief en extrafijn

**Foster is een extrafijne deeltjes aërosol met zowel BDP**  
(beclometasondipropionaat) **als formoterol voor de behandeling van astma\***

- **Gepatenteerde Modulite<sup>®</sup> technologie**

De Modulite<sup>®</sup> technologie zorgt ervoor dat zowel BDP als formoterol in extrafijne deeltjes (Mass Median Aerodynamic Diameter van 1,4-1,5  $\mu\text{m}$ ) worden verneveld

- **Homogene en diepe longdepositie<sup>1</sup>**

extrafijne deeltjes ter optimalisering van de depositie

- **Slechts halve dosering BDP nodig**

met behoud van effectiviteit

aggregaten die stonden te brommen. Locale bekendheid kreeg ik vooral nadat mijn adapter van Europees stopcontact naar Engels stopcontact kortsluiting maakte en een black-out van het halve ziekenhuis veroorzaakte. Ik ben nog niet voor het vuurpeloton gezet. Achteraf kon iedereen er weer hartelijk om lachen. Soms was er een black-out in mijn sector. De vriezer van het bloed hield er dan mee op. Dat moest dan snel worden opgelost anders moest de voorraad vernietigd worden. Als in het Bronovo Ziekenhuis, waar ik als longarts werk, een computer hapert dan bel je de automatisering. Er komt dan iemand die vijf minuten later het spul weer aan de praat heeft. Toen mijn, Nederlandse, bloedbankcomputer in de woestijn het niet meer deed vreesde ik het ergste. Een directe lijn vanuit Afghanistan via Whitehall naar Nieuwegein bleek echter sneller te werken dan een helpdesk in Nederland en 20 minuten later deed de computer het weer.

De omgang met de Britten was erg prettig. "The British race may or may not be superior to all others, and 'may' is their own patriotic estimation, but in one respect at least it is unique. It has the ability to laugh at itself. They can turn their critical guns on themselves." Zo zien de Britten zichzelf. Het veldhospitaal hadden zij, met de hun vertrouwde zelfspot 'Brydon lines' genoemd, naar William Brydon, de enige overlevende van de 16.000 Engelsen die in 1842 door de Afghansen in de pan werden gehakt. Ze waren formeel en wat afstandelijk maar als het ijs even gebroken was, zeker in situaties waarin ook zij zich niet omringd wisten door de hun vertrouwde clan, zijn ze goed gezelschap. Ze houden van hun verleden. Favoriet boek onder de militairen de Flashman serie geschreven door George Macdonald Frazer, favoriete video Blackadder met Rowan Atkinson. De scheiding tussen rangen en standen was veel minder uitgesproken dan dat wat je daarover zoal hoorde. Iedereen pro-

beerde zoveel mogelijk te lachen, grappen te maken en een goede tijd te hebben. Het was hier drooggelegd, geen alcohol, net als bij de Nederlanders. Er waren geen aparte mess-ruimtes voor de verschillende rangen en standen. En er was maar één Galley waarin de Britten, een groep Denen en de Cloggy (Engelse benaming binnen de Royal Navy voor een Nederlandse Sailor) hun maaltijden gebruikten.

Nederland heeft de drie zuilen waarop zijn anders zijn berust, euthanasie, homohuwelijk en het gedogen van soft drugs, moeten bekopen met het daaruit voortvloeiende onvermogen om het roken van sigaretten aan banden te leggen. Je kunt niet het roken van sigaretten verbieden en het roken van soft drugs gedogen. Wij zijn dan ook binnen Europa het land met de meest milde antirookregelgeving. Zoniet de Engelsen. Zelfs in Afghanistan waren de rokers paria's die alleen bij bepaalde schandpalen, op plekken waar zelfs de







waakhonden er geen last van hadden, benedenwinds mochten samenkomen om hun dagelijkse zonde te bedrijven.

De waakhonden werden overigens gekoesterd. Er waren twee soorten, attack dogs and sniffer dogs. Zij konden ook een Victoria Cross krijgen. Eén van de honden was bij een explosie betrokken geweest. Net als soms bij mensen zag je direct dat bij deze hond irreversibele schade in zijn hondenhoofd was aangericht. De hond was onherstelbaar zenuwachtig en bang geworden en was nu retired. De onderkoms van de honden waren zeer riant. Zij zijn de enige die niet in tenten woonden en eenpersoons verblijven hadden. Ik ging altijd graag met de honden wandelen in de woestijn. Met de sniffer dogs, dan wel te verstaan.

Een activiteit tijdens mijn verblijf in Camp Bastion heeft zijn vervolg gekregen in Nederland. Ik ben gaan schilderen. Als je wilt opvallen in een militair kamp moet je gaan schilderen. Nog niet eerder vertoond bij the Royal Marines in Helmand. In het land der blinden was Eénoog koning en al snel meldden zich collega's voor schilderen. De Helmand Art School was geboren. Figuratief en met gebruikmaking van maar twee kleuren waterverf. Gebrande sienna en Pruisisch blauw. Kopieën van het werk werden een geliefd afscheidsca-

deau voor naar huis terugkerende militairen.

Door het ontbreken van TV en zeer beperkte mogelijkheden om van Internet gebruik te maken moesten de avonden gevuld worden met eigen bedenkzels. Je herkende een soort vijftigerjaren-gezelligheid met spelletjes en quiz-avonden. Het was in het begin even wennen om hier onbevangen en voluit aan mee te doen. Maar terug in Nederland ga je het haast missen.

Een reis zoals deze is voor mij iets heel ongewoons, hoewel we wonen in een land waar iedereen op vakantie gaat, op vakantie is of juist terugkomt van vakantie. In een soort zinloze recalcitrantie heb ik, lang geleden, een Chinees spreekwoord tot een van mijn levensmotto's gemaakt: "Ken de wereld zonder Uw huis te verla-



ten". Mijn venster naar de grote wereld was Discovery Channel en mijn helden waren de oude Scheveninger vissersmannen in mijn praktijk met hun verhalen over werkzaamheden van maandag tot en met zaterdag zonder slaap aan boord van hun loggers. Ik ben weliswaar onderhand een beetje uitgekeken op Discovery met al die haaien, krokodillen en slangen en hun bestrijders, maar ik wordt nog steeds geboeid door reportages over supermachines. Zoals bijvoorbeeld de gigantische transportvliegtuigen.

Tijdens mijn terugreis naar Nederland had ik een dag oponthoud in Kaboel. Daar zou een Antonov transportvliegtuig landen om een vijftiental Nederlandse containers op te halen. Ik mocht mee naar het vliegveld. En daar zag ik de Antonov landen, het grootste transporttoestel ter wereld. Een ontelbaar aantal wielen raakte het asfalt en het toestel kwam naar ons toe. De verf afgebladderd, de naam van de oude eigenaar nog te lezen dóór de verf van de nieuwe, hier en daar stukken aluminium op de romp gepopnageld en veel kit om de boel bij elkaar te houden. Een Antonov vliegt altijd en overal, storm, mist, modder, stof, ijs, water door de kerosine, ruiten kapot, lekke banden, het maakt niet uit. En alle emissie-eisen lapt hij aan zijn laars. Ik wilde koste wat kost aan boord komen en dat mocht. Bovenaan de vliegtuigtrap zag ik mijn nieuwe helden: de Oekraïense piloten met hun Breugheliaanse koppen, levend op worst en water maar zonder CAO en ARBO. Zij begroetten mij hartelijk en lieten mij het inwendige van hun toestel zien. Deze mannen vliegen in een vol-continue bedrijf. Nooit met passagiers maar alleen met vracht.

Snel werd de lading gelost. Dit keer betrof het 'assault rifles' voor het Afghaanse leger. De 'wederopbouw'-geweren van de Nederlanders zien er overigens precies hetzelfde uit. De Russen waren behulpzaam bij het manoeuvreren met de nieuw aangevoerde trucks. De jonge juist gerekruteerde Afghaanse chauffeurs stuurden uitstekend in de vooruit, maar de achteruitlessen waren nog niet gegeven. Dat deed mij denken aan de Noordkoreaanse tanks. Die konden niet achteruitrijden omdat in hun ideologie alleen ruimte was voor het begrip voorwaarts.

Na twee uur moest de Antonov weer vertrekken, wat er ook gebeurde. Doch toen tekende zich het microdrama van die dag, van dat moment en van die plaats in Afghanistan af. Er ontbraken wat stem-

pels op de clearance-papieren voor de in te laden Nederlandse containers. Een anonieme medewerker ergens in de keten in Nederland had zijn werk niet op tijd af kunnen krijgen. De Rus lachte vriendelijk maar zei beslist “No Sir, we should leave in time”. En jawel, even later vertrok dit gigantische transporttoestel van Kaboel Airport, maar dit keer leeg! € 300.000 charter-kosten verdwijnen in de achtergrondruis van een operatie zonder dat ooit iemand er nog een verdere gedachte aan zal wijden.

17 JANUARI 2007. Terugvliegend naar Nederland hoorde ik de volgende dag de stem van de piloot. “Beneden ziet u de verlichte skipistes in de Alpen. Er wordt tegenwoordig dag en nacht geskied.” Ik keek naar beneden en dacht “Daar zijn ze weer, op hun zoveelste vakantie, al die bewoners uit het land met de vermanende vinger”

*Henk Berendsen*



Het secretariaat van de NVALT is in verband met de feestdagen gesloten vanaf maandag 24 december 2007 tot woensdag 2 januari 2008.



*Wij wensen u hele fijne feestdagen  
en een voorspoedig en gezond 2008 toe.*

*Trudy de Baaij, Anja van Beijsterveldt, Constance van Hussen, Wilma Vlug en Diny van der Wijst*

<i>Datum</i>	<i>Punten</i>	<i>Naam congres/symposium</i>	<i>Locatie</i>
<b>2007</b>			
4 December	2	Stadium III niet-kleincellig longcarcinoom	integraal Kankercentrum Zuid
6 December		Het onderscheidend vermogen van aanbieders in de zorg	Hilton Soesterduinen
7 December		Oratie Prof. dr. E.H.D. Bel (AMC)	Universiteit Amsterdam
7 December		Op het historische erf van de Domus Medica	Domus Medica Utrecht
7 December	5	Richtlijnbijeenkomst "Diagnostiek en behandeling van obesitas"	Utrecht
7 December	5	3e SSC Symposium, Sepsis Management	Ede
12 December		De verpleegkundige zorg bij COPD anno 2008	De Reehorst Ede
13 December	6	Wagenvoort Colloquium Pulmonale Hypertensie	Mariënhof Amersfoort
14 December	6	longchirurgiesymposium - Hoytemastichting	
14 December		AMC Allergiemiddag	Hilton Soesterduinen
<b>2008</b>			
9 januari	5	Mythen, Missers en Maatwerk	Ede
10 januari	18	Slaapcursus der lage landen	Edegem België
11 januari	8	Studiedagen VvAwT	Soesterberg
14 januari	19	"Clinic "Palliative Care" "	Liverpool
17 januari	9	Body Plethysmography and Impuls Oscillometry in COPD and Astma	Rotterdam
18 januari	4	10th National Lung Cancer Symposium	Koepelkerk Amsterdam
23 januari	5	Jaarsymposium Pulmonologie 2008	Utrecht
24 januari		Longfibrose IV, genetica voor de longarts	Karel V Utrecht
24 januari	9	Beroepsastma en andere beroepsmatige longziekten	Leuven België
28 januari	20	4th Congress of IUATLD 2007	Davos Zwitserland
6 februari		7e Groninger Symposium Systeemziekten	Groningen
8 februari		Jaarsymposium PAH 2008	Maarsse
25 maart	11	Topics Pulmonale hypertensie	Amsterdam
28 maart		Pulmonale Hypertensie, een zaak van longen en hart	
4 april		EACD Symposia 2008	Davos Zwitserland
7 april	12	Longartsenweek	Papendal Arnhem
15 april		Nascholingsreis Afrika	Afrika
25 april		LONGdag Zwolle	Hotel Wientjes Zwolle
15 mei		Ergometrie cursus	
19 mei		ATS	
30 mei		NVALT Eeuwfeest	Maastricht
30 mei		ASCO	Chicago Illinois
22 juni		The int. conf. on chronic ventilated patients	Tel Aviv Israel
9 juli		International Lung Cancer Conference	Liverpool
12 september		Controversies in Respiratory Medicine	
25 september		International Mesothelioma Interest Group (IMIG)	De Meervaart Amsterdam
4 oktober		ERS	Berlijn Duitsland
14 oktober		Nascholingsreis Afrika	Afrika
19 oktober		ACCP	Louisville
25 oktober		Chest	Philadelphia
31 oktober		Ledenvergadering	Jaarbeurs Utrecht
20 november	20	Bronkhorst	Koningshof Veldhoven
28 november		Afscheidsymposium Drs. A. Peters	Slingermuseum Laren

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

Het kwaliteitsbeleid van de NVALT wordt mede mogelijk gemaakt door

**hoofdsponsors**



**sponsors**





## Extra lucht voor een zo normaal mogelijk leven

Je zou het misschien niet zeggen, maar mevrouw Janssen krijgt op dit moment extra zuurstof. Dat moet, want ze lijdt al jaren aan longemfyseem. Een vervelende aandoening waardoor ze het vaak benauwd heeft en onvoldoende lucht binnenkrijgt op eigen kracht. Dus krijgt mevrouw Janssen haar extra zuurstof nauwkeurig gedoseerd via het comfortabele zuurstofbrilletje. Daardoor blaast ze gewoon haar partijtje mee als haar kleindochter jarig is. Dankzij de zorg van Farmadomo.

Voor elke patiënt zoeken we het juiste zuurstofsysteem. Op maat en volgens alle geldende richtlijnen en veiligheidseisen. Vertrouwde en deskundige medewerkers bezoeken regelmatig de patiënten aan huis. Controleren of alles goed gaat. En tijdens vakanties kan Farmadomo leveringen op het vakantieadres regelen. Deskundig en klantgericht.

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 zekerheid dankt Farmadomo haar goede naam bij zorgverzekeraars, instellingen, voorschrijvers en thuiszorg. En niet te vergeten: bij mevrouw Janssen.

### 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

# **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**

**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 blaasah-sobstructie. 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:** Gelijkijdige 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 verdwien vaak bij voortzetting van de behandeling; vaak: obstipatie, moniliasis, sinusitis, faryngitis, neusbloeding, hoesten; soms: allergische reactie, tachycardie, hartkloppingen, moeijkheden 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**

## 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 gemetaboleerd 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 antimicrobiele 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. Gelijkijdige 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 verzwakte 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**

## 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 van persistent 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 inhalatiecorticosteroiden, den dienen patiënten gecontroleerd te worden vanwege het risico van een verstoorde bijrijnschorsfunctie. **Interacties:** Gelijkijdige toediening van krachtige CYP3A4 remmers zoals bv. ketoconazol, itraconazol en ritonavir of neflavirav 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, Kerwin 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 Vol. 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. Nipadkar 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, Marisens 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®**  
ciclesonide



**Xolair 150 mg. Samenstelling:** Elke injectiefles bevat 150 mg omalizumab, poeder voor oplossing voor injectie. Na oplossen bevat de injectiefles 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 gehalveerde langwerkende bèta-2-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; paresthesiën; 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 granulomateuze vasculitis (met name Churg-Strauss 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 bèta-2-agonist geschikt wordt geacht bij patiënten wiens astma niet adequaat onder controle is met een inhalatiecorticosteroid en 'zondag' een kortwerkende bèta-2-agonist of bij patiënten wiens klachten al adequaat onder controle zijn met een inhalatiecorticosteroid en een langwerkende bèta-2-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 lichtevoetverwijders 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- én 'zondag' behandeling als response op symptomen) of 2) Symbicort onderhoudsbehandeling.** Symbicort onderhouds- én '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- én '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 (12-17 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 gehalveerde lactose. **Waarschuwingen en voorzorgen:** Staak de behandeling niet abrupt, maar bouw geleidelijk af. Raad patiënten aan altijd hun snelwerkende lichtevoetverwijder achter de hand te houden: ofwel Symbicort (bij toepassing volgens het SMART concept) ofwel een aparte snelwerkende lichtevoetverwijder. 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 thyrotoxicose, feochromocytoom, diabetes mellitus, onbehandelde hypokaliëmie, hypertrofische 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, procainamide, fenothiazines, antihistaminica (terfenadine), MAO-remmers, furozolidon, procarbazine, tricyclische antidepressiva, L-Dopa, L-thyroxine, oxytocine, alcohol, gehalveerde koolwaterstoffen, andere bèta-agonisten en digitaalglycosiden. **Bijwerkingen:** Vaak (1/10 - 1/100): hoofdpijn, palpaties, tremor, cardiacafacties in de mondholte, milde irritatie in de keel, hoesten, heesheid. Soms (1/100 - 1/1000): tachycardie, spierkrampen, agitatie, rusteloosheid, nervositeit, slaapproblemen, misselijkheid, duizeligheid en blauwe plekken. Zelden (1/1000 - 1/10.000): atriumfibrillatie, supraventriculaire tachycardie, extrasystoles, exanthem, urticaria, pruritus, dermatitis, angio-oedeem, hypokaliëmie en bronchospasmen. Zeer zelden (< 1/10.000): angina pectoris, tekenen of symptomen van systemische glucocorticosteroid effecten (inclusief hypofunctie van de bijnier), hyperglykemie, saccharoosissen, depressie, gedragsstoornissen (met name bij kinderen) en bloeddrukveranderingen. **Afleverstatus:** UR, volledige 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; 172(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 injectiefles bevat 500 mg pemetrexed (als pemetrexed dinatrium). **Farmacotherapeutische groep:** Foliolymetabolieten. **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 moesten 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 myocardinfarct 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 afvoer wordt het gebruik van levende, verzakte vaccins (met uitzondering van gele koorts) niet aanbevolen. Pemetrexed kan genetisch schadelijke effecten hebben. Geslachtstypen 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/faryngitis, 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/faryngitis, 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 myocardinfarct, angina pectoris, cerebrovasculair accident en T.I.A. (transient ischaemic 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:** UR. **Prijs:** Zie Z-index. **Datum revisie:** februari 2006. **Registratiehoofd/informatie:** Eli Lilly Nederland BV, Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten, tel. 030-6025900.

**ALIMTA®**  
pemetrexed

Lilly Oncology

**Lilly**  
Answers That Matter.

**Verkorte productinformatie**

**FOSTER® 100/6 microgram/dosis, aérosol, oplossing**

**Samenstelling en farmacologische vorm:** beclometasonpropionaat 100 microgram en formoterolformaatdihydraat 6 microgram per dosis als aérosol, oplossing. Het beclometasonpropionaat in Foster wordt gemerkt door een extrafijne deeltjesgrootteverdeling wat tot een sterker effect leidt dan bij formuleringen met een niet-extrafijne deeltjesgrootteverdeling. **Indicatie:** Onderhoudsbehandeling van astma wanneer het gebruik van een combinatie van een inhalatiecorticosteroid en een langwerkende bèta-2-agonist geschikt wordt geacht bij patiënten vier astma niet adequaat onder controle is met een inhalatiecorticosteroid en (zondag) een kortwerkende bèta-2-agonist of bij patiënten bij wie klachten al adequaat onder controle zijn met een inhalatiecorticosteroid en een langwerkende bèta-2-agonist. **Dosering en wijze van toediening:** Tweemaal daags 1-2 doses. Maximaal 4 doses/dag. Bestemd voor inhalatie. **Contra-indicatie:** Overgevoeligheid voor beclometasonpropionaat, formoterolformaatdihydraat of één van de hulpstoffen. **Speciale waarschuwingen en voorzorgen:** Niet gebruiken ter behandeling van acute astma-aanval. Niet aanbevelen voor personen onder de 18 jaar. Instrueer patiënt het juiste gebruik van de inhalator. Na gebruik mond goed spoelen. Foster mag niet gebruikt worden met een voorzetkamer. Dagelijks volgens voorschrift gebruiken, ook bij afwezigheid symptomen. Niet als eerste behandeling voor astma gebruiken. Therapie niet starten tijdens exacerbatie of sterk verergerend of acuut verslechterend astma. Gebruik de laagst effectieve dosis. Behandeling niet abrupt staken. Adviseer patiënten altijd hun kortwerkende bronchusverwijder bij de hand te hebben. Paradoxaal bronchospasmen kunnen optreden. Langdurige behandeling met hoge doses inhalatiecorticosteroiden kan tot bijniersuppressie en acute bijnierscrisis leiden. Voorzichtig gebruiken (eventueel onder controle) bij patiënten met cardiale arritmieën, m.n. derdegraads AV-blok en tachyarritmieën, idiopathische subvalvulaire aortastenoze, hypertrofische obstructieve cardiomyopathie, ernstige hartziekte, acute MI, ischemische hartziekte, congestief hartfalen, occlusieve vaatziekten, met name arteriosclerose, arteriële hypertensie en aneurysma. Betrach voorzichtigheid bij patiënten die (vermoedelijk) verlengd QT-interval, dat door formoterol zelf ook kan worden veroorzaakt. Voorzichtigheid is vereist bij thyrotoxicose, diabetes mellitus, feochromocytoom en onbehandelde hypokaliëmie. Bèta-2-agonisten kunnen tot ernstige hypokaliëmie leiden. Dit kan bij ernstig astma door hypoxie worden versterkt. **Interacties:** Vermijd bètablokkers (w.o. oogdruppels) aangezien het effect van formoterol zal afnemen of verdwijnen. Concomitant gebruik van andere bèta-adrenergica geneesmiddelen kan potentieel additieve effecten hebben. Wees derhalve voorzichtig bij gelijktijdig gebruik van theofylline of andere bèta-adrenergica. Concomitante behandeling met kindine, disopyramide, procainamide, fenothiazines, antihistaminica, MAO-remmers en tricyclische antidepressiva kunnen het QT-interval verlengen en het risico op ventriculaire arritmieën verhogen. L-Dopa, L-thyroxine, oxytocine en alcohol kunnen de cardiale tolerantie t.o.v. bèta-2-sympathicomimetica verminderen. MAO-remmers waaronder middelen met dezelfde eigenschappen zoals furozolidon en procarbazine kunnen hypertensieve reacties versneld teweegbrengen. Er is een verhoogd risico op arritmieën bij patiënten die tevens anesthesie krijgen met gehalveerde koolwaterstoffen. Xanthine-derivaten, steroïden of diuretica kunnen een eventueel hypokaliëmië effect van bèta-2-agonisten versterken. **Bijwerkingen:** Vaak (1/10-1/100): faryngitis, hoofdpijn, dysfonie; soms (1/100-1/1000): influenza, orale schimmelinfectie, faryngale en oesofageale candidiasis, vaginale candidiasis, gastro-enteritis, sinusitis, granulocytopenie, allergische dermatitis, hypokaliëmie, hyperglykemie, rusteloosheid, tremor, duizeligheid, otalpalpingen, palpaties, verlenging van gecorrigeerd QT-interval op ECG, verandering ECG, tachycardie en tachyarritmie, hyperemie, flushing, rinitis, hoesten, productieve hoest, keelirritatie, astmatische crisis, diarree, droge mond, dyspepsie, dysfagie, brandend gevoel van lippen, nausea, dysgeusie, pruritus, huiduitslag, hyperhidrose, spierspasmen, myalgie, verhoging CRP, verhoogde bloedplaatjesconcentratie, toename vrije vetzuren, verhoging bloedsuikers, verhoging bloeddrukwaarden; zelden (1/1000-1/10.000): ventriculaire extrasystolen, angina pectoris, paradoxaal bronchospasmen, urticaria, angioneurotisch oedeem, nefritis, bloeddrukveranderingen. **Bewaren:** In koelkast bewaren (2-8°C). Na aflevering nog maximaal 3 maanden houdbaar bij maximaal 25°C. **Afleverstatus:** UR. **Registratiernr.:** RVG 34610. **Vergoeding en prijzen:** Foster wordt volledig vergoed binnen het GVS. **Voor de prijs:** zie de Z-index. **Registratiehouder:** Chiesi Farmaceutici S.p.A., Via Palermo 2/6A, 43100 Parma, Italië.

Chiesi Pharmaceuticals B.V.  
Lange Kleiweg 521, Postbus 1147, 2280 CC Rijswijk  
tel. 070-4132080, fax 070-3194110  
email [info@chiesi.nl](mailto:info@chiesi.nl), [www.chiesi.nl](http://www.chiesi.nl)

**Chiesi**  
Pharmaceuticals BV

## Verkorte Productinformatie TAXOTERE 20 en 80 mg

**Samenstelling:** TAXOTERE® concentraat voor oplossing voor infusie 40 mg/ml, 0,5 en 2 ml bevatten respectievelijk 20 of 80 mg docetaxel-oplossing in polysorbaat 80. Oplossen in respectievelijk 1,5 en 6 ml Oplosmiddel voor Taxotere, 13% (g/g) ethanol in water voor injectie. **Indicaties:** TAXOTERE in combinatie met doxorubicine en cyclofosamide is bestemd voor de adjuvante behandeling van patiënten met operabel klierpostief borstkanker. TAXOTERE in combinatie met doxorubicine: behandeling van patiënten met lokaal gevorderde gemetastaseerde borstkanker die voor deze aandoening niet eerder chemotherapie hebben ontvangen. TAXOTERE in combinatie met trastuzumab voor de behandeling van patiënten met gemetastaseerde borstkanker, bij tumoren die een overexpressie van HER2 vertonen en die voor de gemetastaseerde aandoening nog niet zijn behandeld met chemotherapie. TAXOTERE in combinatie met capecitabine voor de behandeling van patiënten met lokaal gevorderde of gemetastaseerde borstkanker nadat chemotherapie heeft gefaald. TAXOTERE monotherapie: behandeling van patiënten met lokaal gevorderde of gemetastaseerde borstkanker of niet-kelelignig longkanker, nadat voorafgaande chemotherapie heeft gefaald. TAXOTERE in combinatie met cisplatine voor de behandeling van patiënten met inoperabel, lokaal gevorderde of gemetastaseerde niet-kelelignig longkanker, bij patiënten die voor deze aandoening niet eerder chemotherapie hebben ontvangen. TAXOTERE in combinatie met prednison of prednisonol voor de behandeling van patiënten met hormoon refractair gemetastaseerde prostaatcarcinoom. TAXOTERE in combinatie met cisplatine en 5-fluorouracil voor de behandeling van patiënten met gemetastaseerde maagkanker, inclusief overgang maag naar slokdarm, die voor deze aandoening niet eerder chemotherapie hebben ontvangen. TAXOTERE in combinatie met cisplatine en 5-fluorouracil voor de behandeling van patiënten met inoperabel, lokaal gevorderde plaveiselcelkanker in het hoofd-halsgebied. **Dosering:** TAXOTERE wordt toegediend als een 1-uurs infuus, elke 3 weken. Bij adjuvante behandeling van operabel klierpostief borstkanker, 75mg/m<sup>2</sup> toegediend 1 uur na doxorubicine 50 mg/m<sup>2</sup> en cyclofosamide 500 mg/m<sup>2</sup>. Voor lokaal gevorderde of gemetastaseerde borstkanker 100 mg/m<sup>2</sup> bij monotherapie. In de eerstelijns-behandeling 75 mg/m<sup>2</sup> in combinatie met doxorubicine (50 mg/m<sup>2</sup>). In combinatie met trastuzumab, 100 mg/m<sup>2</sup>. In combinatie met capecitabine 75 mg/m<sup>2</sup>. Niet-kelelignig longkanker: 75 mg/m<sup>2</sup>. Prostaatcarcinoom: 75 mg/m<sup>2</sup> in combinatie met prednison of prednisonol 2 maal daags 5 mg oraal. Maagkanker en hoofd-halskanker: 75 mg/m<sup>2</sup> in combinatie met cisplatine en 5-fluorouracil. Aan alle borst-, long-, maag-, en hoofd-halskankerpatiënten dient tevens premedicatie te worden gegeven bestaande uit een oraal corticosteroid zoals dexamethason voor elke TAXOTERE toediening, gedurende 3 dagen, te beginnen één dag voor elke TAXOTERE toediening. G-CSF kan profylactisch gegeven worden en dient te worden gebruikt bij behandeling met TAXOTERE van maag- en hoofd-halskanker. Bij prostaatcarcinoom slechts 1 dag premedicatie op de dag voor elke Taxotere toediening. **Kinderen en adolescenten:** De ervaring bij kinderen en adolescenten is beperkt. **Bepaalen:** Op basis van populatie-farmacokinetische gegevens zijn er geen specifieke instructies voor het gebruik bij bepaalde patiënten met leverfunctiestoornissen; bij patiënten met leverfunctiestoornissen dient de dosering te worden aangepast. **Doseringsaanpassingen tijdens behandeling:** de dosering dient tijdens de behandeling te worden aangepast op geleide van het aantal neutrofielen. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor docetaxel of voor één van de hulpstoffen. Een neutrofielen-aantal <1.500 cellen/mm<sup>3</sup>. Ernstige leverfunctiestoornissen. Zwangerschap of borstvoeding. Contra-indicaties voor overige middelen als deze worden gecombineerd met docetaxel. **Vaarschuwingen:** Hematologie: Neutropenie is de meest frequent optredende bijwerking en kan de dosering van de dosis vereisen. Frequentie bepalingen van het totale aantal bloedcellen zijn vereist. G-CSF kan profylactisch gegeven worden om de kans op hematologische toxiciteit te verkleinen. **Ernstige overgevoeligheidsreacties:** vereisen onmiddellijke beëindiging, passende behandeling en geen herbehandeling; lichte overgevoeligheidsreacties vereisen geen onderbreking van de therapie. **Huidreacties:** Ernstige symptomen zoals erupties gevolgd door desquamatie, kunnen leiden tot onderbreking of beëindiging van de behandeling. **Vochtretentie:** Patiënten met pleurale effusie, pericardiale effusie en ascites dienen nauwkeurig te worden gecontroleerd. **Leverfunctiestoornissen:** Leverfunctiestwaarden dienen bij aanvang en voor elke cyclus te worden bepaald; bij patiënten met verhoogde testwaarden dient de dosis te worden verlaagd dan wel geen docetaxel te worden gebruikt. **Centraal zenuwstelsel:** Ernstige perifere neurotoxiciteit vereist een dosisverlaging. **Cardiale toxiciteit:** Hartfalen is waargenomen bij patiënten die TAXOTERE in combinatie met trastuzumab kregen, met name na anthracycline-bevattende therapie; met Taxotere in combinatie met trastuzumab dient de hartfunctie regelmatig te worden beoordeeld. **Anticonceptieve maatregelen:** dienen te worden genomen tijdens en gedurende tenminste 3 maanden na beëindiging van de behandeling. **Interacties:** Voorzichtigheid is geboden bij patiënten die worden behandeld met geneesmiddelen die worden gemetaboliseerd via cytochroom P450-3A. **Zwangerschap:** Er is geen informatie over het gebruik van docetaxel bij zwangere vrouwen. Bij dieproeven zijn schadelijke effecten voor de vrucht gebleken. **Bijwerkingen:** Afhankelijk van de behandelingsmethode kunnen de volgende bijwerkingen in meer of mindere mate optreden. **Hematologie:** De meest frequente optredende bijwerking was reversibele, niet-cumulative neutropenie. Beenmerg suppressie en andere hematologische bijwerkingen zijn gemeld. **Infecties:** (neutropene) infecties. **Overgevoeligheidsreacties:** traden in het algemeen op binnen enkele minuten na aanvang van de infusie met docetaxel en waren meestal licht tot matig. Ernstige reacties waren gekenmerkt door hypotensie en/of bronchospasme of gegeneraliseerde rash/erytheem. **Huid- en onderhuidsaandoeningen:** Alopecia en reversibele huidreacties, gekenmerkt door rash inclusief lokale erupties, en nagelafwijkingen zijn waargenomen. **Vochtretentie:** Perifeer oedeem en minder frequent pleurale effusie, pericardiale effusie, ascites en gewichtstoename zijn gerapporteerd. Vochtretentie is cumulatief in incidentie en ernst. **Maag-darmstelselaandoeningen:** Misselijkheid, braken, diarree, constipatie, dyspepsie, stomatitis. **Maagdamp-perforatie, ischemische colitis, neutropenische enterocolitis** en gevallen van ileus en darmobstructie zijn zelden gemeld. **Zenuwstelselaandoeningen:** Ernstige perifere neurotoxiciteit. Neurosensitieve verschijnselen zoals paresthesie en dysesthesie of (brandende) pijn. Neuro-motorische voorvallen gekenmerkt door zwakte. **Hartaandoeningen:** Aritmie, bij uitzondering myocardinfarct. In combinatie met trastuzumab of anthracycline/cyclofosamide bevattende therapie: hartfalen. Zie voor volledig overzicht per behandeling de samenvatting van de productkenmerken. **Verpakking:** TAXOTERE® 20 en TAXOTERE® 80 bevatten 1 injectieflacon met resp. 20 en 80 mg docetaxel en 1 injectieflacon met resp. 1,5 en 6 ml oplosmiddel (EU/1/95/002/001-002). **Aflevering en vergoeding:** U.R. Voor meer informatie zie de geregistreerde productinformatie. 23 oktober 2006.

sanofi-aventis Nederlands B.V., Kampenringweg 45 D-E, 2803 PE Gouda. Tel (0182) 55 77 55.  
Fax (0182) 55 77 99 E-mail: info.nl@sanofi-aventis.com www.sanofi-aventis.nl.





**Foradil**<sup>®</sup>  
formoterol



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**