

PULMO *Script*

OFFICIEEL ORGAAN VAN DE NVALT
JAARGANG 27 NR. 1 MAART 2016



“MIJN DOKTER WORDT
EEN ROBOT”

WEEK VAN DE LONGEN

ILD MASTERCLASS

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
www.nvalt.nl

Redactieraad:
Mevr. J.W. Herbrink MSc.
Drs. Th. Macken
Drs. K.J.M. Mooren
Mevr. W. Vlugg

Uiterste datum voor insturen kopij
nr. 2: 15 mei 2016

PulmoScript verschijnt eenmaal
per kwartaal in een oplage
van 1200 exemplaren.

De redactie behoudt zich het recht voor
om teksten te weigeren, te bewerken
of in te korten.

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

Van Engelen - tekst, vormgeving en
drukkeradviezen - Eindhoven

ISSN 0925-4749



04 VOORWOORD

Bestuur

05 Vanuit het bestuur

06 Agenda NVALT ledenvergadering 19 april

Commissies, secties en werkgroepen

Vanuit de Assistenten

07 AIOS bestuur

08 Assistentenmiddag

Vanuit de VvAwT

09 Nascholingsdagen VvAwT, 7 & 8 januari

Vanuit de NVALT-studies

11 Verslag "NVALT-studies" dag, 11 december

13 Crizotinib als eerstelijns behandeling

Rubrieken

16 Opleiding in de kijker: St. Franciscus Gasthuis en Vlietland

17 Column: Roomser dan de digitale paus? Hans Smit

18 Pulmonaal Portret: Anton Vonk Noordegraaf

20 "Klaar" Shelly Overbeek

Nascholing

21 Samenvatting proefschrift Robin Cornelissen

The Tumor and its Microenvironment in Mesothelioma

En ook...

23 "Mijn dokter wordt een robot"

Niels Chavannes, hoogleraar eHealth

25 ILD masterclass: 'IPF: diagnostiek en management: een update'

27 Prof. dr. Jules van den Bosch Symposium IV:

Personalized Medicine in ILD

29 Week van de longen

Personalia

30 Kandidaat-leden

31 Nieuw benoemde longartsen

31 Nieuwe rustende leden

32 Congresagenda



Cover: Is eHealth voor iedereen geschikt? Krijgen we een robot als dokter? Hoe zit het met de beveiliging van onze gegevens? We vroegen het aan Niels Chavannes.

Beste lezers van PulmoScript,

Egbert Smit, de voormalig wetenschappelijk secretaris ad interim, eindigt in zijn laatste voorwoord van PulmoScript van december vorig jaar met de vraag, wat tot de basiszorg van een longarts hoort en op welke gebieden we ons verder moeten specialiseren. Het antwoord op deze vraag zal zich de komende jaren verder moeten uitkristalliseren. De eerste aanzet hiertoe is natuurlijk het nieuwe nationale opleidingsplan dat er aan zit te komen. Anton Vonk Noordegraaf heeft in ieder geval een duidelijke mening over wat een opleiding voor de AIOS zou moeten inhouden. De opleiding tot longarts is niet alleen een beroepsopleiding maar de AIOS moet ook ruim tijd nemen om zich te laven aan wetenschappelijk onderzoek. En natuurlijk zal niet iedere AIOS een wetenschapper zijn, maar men moet in ieder geval aan het einde van de opleiding in staat zijn om wetenschappelijk onderzoek op zijn waarde te beoordelen en te vertalen naar de dagelijkse praktijk van patiëntenzorg. Per slot van rekening dient wetenschappelijk onderzoek de patiëntenzorg te verbeteren en daar heeft de moderne longarts een duidelijke taak in. Gepast gebruik van bijvoorbeeld dure geneesmiddelen die tegenwoordig veel sneller ter beschikking komen is een goed voorbeeld van de verantwoordelijkheid die wij als longarts hebben ten opzichte patiënten en maatschappij.

Dat er heden ten dagen veel gebeurt op gebied van wetenschappelijk onderzoek, laat ook het verslag van de 5de ILD Masterclass zien. Dit evenement, georganiseerd in december vorig jaar door de ILD care foundation in samenwerking met het ILD expertisecentrum St. Antonius ziekenhuis is een fraai voorbeeld hoe fundamenteel onderzoek en de dagelijkse klinische praktijk elkaar kunnen vinden. Hierover leest u meer in deze PulmoScript.



In het internet tijdperk is eHealth upcomming. Niels Chavannes, hoogleraar LUMC, expert eHealth, reageert op een aantal stellingen betreffende dit onderwerp. Het is duidelijk dat de ontwikkelingen in de eHealth snel gaan en het zou mooi zijn als onze chronische longpatiënten met deze ondersteuning nog beter door ons kunnen worden begeleid. Opvallend is dat niet alleen nerds hiervan kunnen profiteren maar ook onze doorgaans oudere patiënten.

Over het internet gesproken. Hans Smit snijdt een probleem aan dat wij allen in de dagelijkse praktijk meemaken. Aangezien de postbode een uitstervend ras is, zijn we meer digitaal gaan communiceren. Hans Smit doet een oproep aan ons om gezamenlijk de wet te overtreden om de kwaliteit van patiëntenzorg te waarborgen. In deze tijd van vergaande digitalisering moet hier toch een oplossing voor komen. Wellicht is een app hiervoor handig aangezien bijna de gehele bevolking met zijn smartphone of tablet vergroeid is. Maar u begrijpt natuurlijk dat ik daar absoluut geen verstand van heb en de oplossing hiervan laat ik dan ook graag over aan de echte internetnerds.

Naast het interview van Shelley Overbeek, die afscheid neemt als longarts en terugblijkt op haar carrière, en een korte beschrijving van het proefschrift van Robin Cornelissen, vindt u nog allerlei andere wetenswaardigheden in deze aflevering van PulmoScript. Ik wens u daarom veel leesplezier.

Franz Schramel

Vanuit het bestuur

Beste Leden,

Met het wenkend perspectief van een naderend voorjaar kan ik u bijpraten over de zaken waarmee uw Bestuur zich de afgelopen wintermaanden heeft bezig gehouden.

Op de goed bezochte Algemene Ledenvergadering (ALV) in oktober is de vereniging akkoord gegaan met de uitgezette strategische doelen. De statuten en het huishoudelijk reglement van de NVALT zijn aangepast. De voormalige werkgroepen binnen de NVALT zijn omgevormd tot secties met eveneens een nieuw reglement. Het nieuwe opleidingsplan longziekten 2016 is klaar en ligt nu bij de RGS ter beoordeling. Het Specifiek Besluit Longziekten wordt momenteel aangepast en zal uiteindelijk ministerieel goedgekeurd moeten worden, waarna we met zijn allen voortvarend hier mee aan de slag kunnen.

In navolging op de verdiepingstages die de komende generatie longartsen-opleiding aangereikt worden, is de tijd ook aangebroken om aandachtsgebieden binnen de Longgeneeskunde te ontwikkelen en formaliseren. Daartoe zal een Werkgroep Aandachtsgebieden binnen de NVALT benoemd gaan worden. Over de taakopdracht, tijdpad en samenstelling hoort u binnenkort meer. Aan geïnteresseerde leden wordt de kans gegeven om hun belangstelling kenbaar te maken om deel te nemen aan een dergelijke ad hoc werkgroep. Dat geldt eveneens voor de tweede op te richten NVALT Werkgroep: Concentratie en Spreiding van Zorg.

Voor de dossiers zeldzame ziekten, dure geneesmiddelen, complexe interventies etc. is het van belang dat wij binnen onze wetenschappelijke vereniging afspraken maken met elkaar. Om behoedzaam te werk te kunnen gaan zijn transparante criteria en procedures gewenst met instemming van de ALV.

De eerstvolgende ALV vindt plaats tijdens de Week van de Longen in Ermelo, u wordt hier nog over geïnformeerd. Het is wenselijk dat namens iedere vakgroep tenminste een longarts vertegenwoordigd is, gezien de relevantie van de onderwerpen. De daaropvolgende ALV is gepland tijdens het NVALT najaarscongres op 15 en 16 september te Papendal, ook vast het noteren in uw agenda waard.

Achter de schermen hebben pittige discussies plaatsgevonden tussen onze Raadsleden Beroepsbelangen, in het bijzonder Hans Grotjohan, en de NZA. Het lijkt erop dat vooruitgang geboekt is in deze taaie materie, ook daarover zullen we u nog nader informeren. Inmiddels zijn er diverse gesprekken geweest met juristen en vertegenwoordigers van de Stichting Patiëntenregisters. Het NVALT Bestuur studeert op de contracten en voorgestelde governance en heeft vertrouwen in dit nieuwe initiatief. Het onderwerp registraties staat overigens eveneens prominent op de agenda van het Voorzittersoverleg van de Federatie.

Tenslotte kunnen wij u melden dat met ingang van januari mutaties hebben plaatsgevonden binnen het NVALT Bestuur. De interim wetenschappelijk secretaris Egbert Smit heeft het Bestuur

verlaten en twee nieuwe leden zijn togetreden: Anton Vonk Noordegraaf is nu ons Raadslid wetenschap en vertegenwoordiger binnen de Raad Wetenschap van de Federatie. Franz Schramel is secretaris wetenschap en plaatsvervangend raadslid. Anton is daarbij de liaison met de NRS en Franz met de sectie oncologie. Samen zullen zij de portefeuille wetenschap bewaken binnen onze vereniging. Wij wensen hen uiteraard veel succes daarbij en spreken tevens onze dankbaarheid uit aan Egbert voor zijn jarenlange onbaatzuchtige bijdrage aan ons Bestuur.

Het NVALT Bestuur vertrouwt erop dat de samenwerking tussen NVALT en NRS borg zal staan voor wederzijdse kruisbestuiving, een term die met recht in de komende lente het succesvol voortbestaan van soorten inluidt.



Met collegiale groet vanuit het Bestuur,
Eric van Haren, uw voorzitter.

Dinsdag 19 april 2016 van 17.45-19.45 uur

Agenda Huishoudelijke Vergadering

1. Opening
 2. Notulen vergadering 1 oktober 2015 (zie PulmoScript nr.4 -2014 pag. 5 e.v.)
 3. Mededelingen vanuit het Bestuur
 4. Mededelingen vanuit de Commissie Beroepsbelangen/Projectgroep DOT
 5. Mededelingen vanuit het Concilium
 6. Mededelingen vanuit de Commissie Richtlijnen
 - Bespreking richtlijn Heesheid
 7. Financieel verslag 2015 en begroting 2016
 8. Financiering Kwaliteitsvisitaties
 9. Instellen Werkgroep Concentratie en Spreiding van Zorg
 10. Instellen werkgroep Aandachtsgebieden
 11. Verkiezingen:
 - a. **Bestuur**
Prof.dr. E.F. Smit heeft het Bestuur op eigen verzoek verlaten. Hij wordt opgevolgd door Prof.dr. A. Vonk Noordegraaf als Raadslid Wetenschap en dr. F. Schramel als Secretaris Wetenschap.
 - b. **De Commissie Cursorisch Onderwijs**
De zittingstermijn van dr. P.Th.W. van Hal is verstreken, hij stelt zich herkiesbaar.
 - c. **Commissie Accreditatie**
De eerste zittingstermijn van drs. G. Clappers is verstreken, zij stelt zich herkiesbaar. De eerste zittingstermijn van drs. S. de Hosson is verstreken hij stelt zich niet herkiesbaar. Drs. J.M.M. Roorda-van der Vegt verlaat de commissie op eigen verzoek, er wordt gezocht naar opvolging.
 - d. **Commissie Bronkhorst Colloquia**
De eerste zittingstermijn van dr. G. Bootsma, Prof. dr. A. Vonk Noordegraaf en drs. G. Mannes is verstreken, zij stellen zich herkiesbaar. In de Commissie worden benoemd Prof. dr. Y. Heijdra, drs. J. Kuijvenhoven, dr. M. van der Eerden, W. van Geffen, MSc en dr. M. Veltkamp.
 - e. **Commissie Visitatie Longziekten**
De maximale zittingstermijn van drs. H. Otten is verstreken. Hij wordt opgevolgd door dr. A. van Veen. Dr. H. Luijk verlaat de commissie op eigen verzoek.
 - f. **Concilium**
De eerste zittingstermijn van dr. L. van der Toorn is verstreken, hij stelt zich herkiesbaar.
- Tegenkandidaten kunnen tot een week voor de vergadering worden aangemeld bij het secretariaat.
12. Voorstellen kandidaat-leden (zie PulmoScript nr. 1 2015 – pag. 47)
 13. Wat verder ter tafel komt en rondvraag
 14. Sluiting

Vanuit het AIOS-bestuur

Afgelopen periode zijn er 3 nieuwe AIOS begonnen in het AIOS-bestuur, we willen deze pagina dan ook gebruiken om onszelf kort te introduceren en aan te geven waar het AIOS-bestuur zich de komende periode mee bezig zal houden.

Allereerst zijn Marjolein van Es (Martini Ziekenhuis), Lisette van der Velden-Romme (Catharina Ziekenhuis) en Gea Slingerland-Helfrich (Medisch Centrum Leeuwarden) afgelopen periode begonnen in het bestuur. Marjolein en Gea gaan zich bezig houden met de website en PulmoScript. Verder willen zij de AIOS-vereniging meer zichtbaar maken door te kijken naar het AIOS-gedeelte op de website van de NVALT. De bedoeling is dat de website meer overzichtelijk wordt, informatie goed vindbaar is en dat de mededelingen vanuit het bestuur hier komen te staan. Ook willen zij kijken of er een mogelijkheid is dat de AIOS-vereniging meer gaat doen met social media. Lisette zal zich vooral gaan richten op het cursorisch onderwijs en het

optimaliseren hiervan. Zij kijkt samen met andere leden van het bestuur naar de ingevulde evaluatieformulieren zodat er eventueel aanpassingen kunnen komen in het cursorisch onderwijs en het goed aansluit bij wat AIOS willen en nodig hebben. Zij staan dus ook open voor suggesties over nieuwe onderwerpen.

Lisette en Gea organiseren dit jaar de assistentenlunch na het Hermes examen.

Als bestuur zijn we de afgelopen weken bezig om onze zichtbaarheid te vergroten. We zijn altijd achter de schermen bezig met de belangen te behartigen van de AIOS Longziekten, maar we willen graag dat alle AIOS zien waar het bestuur mee bezig is en jullie van diverse besluiten op de hoogte brengen via de website en social media. Dit betekent ook dat we altijd open staan voor suggesties m.b.t. onderwijs, cursussen of voor zaken waar AIOS tegen aanlopen in hun opleiding waarbij wij mogelijk kunnen helpen door duidelijkheid te scheppen.

Marjolein van Es



Gea Slingerland-Helfrich



Lisette van der Velden-Romme

Assistentenmiddag

Wat deden we ook alweer op zaterdag 3 oktober 2015??

Het is al weer een klein half jaar geleden maar het is toch nog zeker het noemen waard:

De assistentenmiddag na het HERMES examen was een groot succes! Op loopafstand van de jaarbeurs was er voor zo'n 80 AIOS een prima lunch georganiseerd die gretig aftrek vond na 3 uur denkwerk (en hier en daar wat gokwerk) bij het examen. Het examen bevatte ook dit jaar weer genoeg vragen om met wat opgetrokken wenkbrauwen over na te kwebbelen. Het thema leek dit jaar HIV.

Na de lunch waren er direct alweer nieuwe vragen, ditmaal met beeld en geluid in de vorm van de pubquiz onder leiding van Mister OSAS himself. Er waren jeugdfoto's van Justin Bieber en van Geert Wilders waarvan de laatste door slechts een enkeling werd herkend. Voor de winnaars van de quiz was er een hele foute dvd als prijs.

Daarna dronken velen nog een biertje of wijntje in de zon. Wat ons betreft een perfecte middag om als AIOS even bij elkaar te zijn.

Dit jaar weer?



Vanuit de VvAwT

Nascholingsdagen VvAwT, 7 en 8 januari 2016

Op 7 en 8 januari 2016 vonden de jaarlijkse nascholingsdagen plaats in het Princesshotel te Amersfoort. De doelstelling was het up-to-date brengen van de kennis en vaardigheden van artsen ten aanzien van nieuwe ontwikkelingen in de tuberculosebestrijding.

7 januari;

Presentatie M. Kimberley, directeur KNCV; Where Local Meets Global; To End TBC:

Laag-incidente landen voor hebben een incidentie van <1 tbc per 100.000 gevallen. Pre-eliminatie betekent < 1 tbc geval 100.000. Eliminatie is bereikt bij <1 geval per miljoen. Wereldwijd is tuberculose de vijfde doodsoorzaak, vergelijkbaar met HIV/AIDS. De daling van de sterfte aan tuberculose is daarentegen veel minder sterk dan de daling van sterfte door HIV/AIDS. De incidentie van tuberculose daalt wereldwijd met 1,5%, terwijl 10% daling per jaar maximaal zou kunnen worden bereikt. Eliminatie van tuberculose is het einddoel van de globale bestrijdingsstrategie EndTB.

R. van Hest, tuberculosearts-epidemioloog: Het jaar 2015 - tuberculose en Public Health.

De presentatie behelst een overzicht van de in 2015 verschenen literatuur over dit onderwerp.

Belangwekkende publicaties zijn er geweest t.a.v. eliminatie, profylaxe, en rifampicine in de behandeling van TB bij kinderen en hiv-geïnfecteerde. Dagelijkse toediening van rifampicine in het behandelregime goed getolereerd word en leidt tot hoge graad van sterilisatie van sputum aan

het eind van de intensieve fase. De van oudsher toegepaste dosering van rifampicine in de behandeling van TB van 10 mg/kg lichaamsgewicht is achterhaald en dosering tot 35 mg/kg lichaamsgewicht wordt bij volwassenen goed getolereerd.

Casuïstiek en verdieping

Eén casus betrof een 54-jarige man met reumatoïde artritis met in de voorgeschiedenis. een verblijf op 4-jarige leeftijd in een sanatorium met vocht achter de longen. Op de thoraxfoto fibronodulaire afwijkingen en een positieve IGRA. Diagnostiek naar actieve tuberculose blijkt negatief. Behandelopties alvorens te starten met biologicals zijn uitgediept. De tweede casus betreft een 31-jarige man die met koorts, verwardheid, koorts en gedragsveranderingen op de eerste hulp gepresenteerd wordt. Bij lichamelijk onderzoek subfebriële temperatuur, geen meningeale prikkeling, wel afasie. Tien jaar geleden heeft hij vier maanden profylaxe met rifampicine gebruikt voor een latente tuberculoseinfectie.

De liquor bleek ZN en PCR positief met genotypische H-resistentie voor M.tuberculosis. De MRI liet het beeld van een basilaire meningitis zien en de thoraxfoto dat van een miliaire tuberculose. De behandeling werd met RZEM en dexametason gestart. De verdieping betreft de nieuwste inzichten over de behandeling van tuberculeuze meningitis met hogere dosis rifampicine, toevoegen quinolone en corticosteroïden, die (nog) niet in de behandelrichtlijn zijn opgenomen. De conclusie is dat in

geval van tuberculeuze meningitis de behandeling in overleg met een tuberculose expert tot stand moet komen.

Marleen Bakker longarts en coördinator Masterclas Tuberculose, Erasmus MC; Relevante klinische publicatie over tuberculose.

In de WHO EndTB strategie is mortaliteit aan tuberculose één van de drie hoofdindicatoren. Ondanks dat de sterfte aan tbc met 15-20 personen per jaar in Nederland laag is, is sterfte ook in Nederland een belangrijke parameter om te monitoren. In een retrospectief onderzoek uit 2014 is de sterfte aan tuberculose in Hongkong onderzocht. De mortaliteit bleek hoog.

Uit dit onderzoek kwamen een aantal factoren naar voren die de mortaliteit aan tuberculose negatief beïnvloeden. De belangrijkste factoren bleken vertraging in de diagnostiek en laat starten van behandeling te zijn. Vooraf gebruik van quinolonen bleek door vertraging van diagnostiek ook een factor van belang te zijn. Vertaalt naar de Nederlandse situatie is snelle diagnostiek en empirisch starten van tuberculosebehandeling belangrijk om klinische sterfte te verminderen.

W.de Lange, longarts UMCG Beatrixoord bespreking diagnostiek richtlijn van de NVVM en de WIP-richtlijn Infectiepreventie tuberculose in ziekenhuizen.

De WIP-richtlijn betreft een revisie van de richtlijn uit 2004 en richt zich op welke preventie en Arbomaatregelen genomen moeten worden om het risico van transmissie te voorkomen.

8 januari 2016

S. Kik, senior epidemioloog KNCV:

diagnostiek nodig voor eliminatie

Het doel voor laag-incidente landen is eliminatie van tuberculose in 2050. Daarvoor is in Nederland een jaarlijkse daling van de tuberculose-incidentie van 18 % nodig. Als de huidige trend doorzet wordt het einddoel niet gehaald. Interventies om het einddoel wel te halen dienen gericht te zijn op eerste en tweede generatie immigranten. Geschikte zijn systematische screening van immigranten op latente infectie en vaccinontwikkeling, Specifiek voor Nederland is er nog winst te behalen door vroegdiagnostiek, en verhogen van de succesvolle behandelingsgraad. Met name effectieve behandeling van latente infectie zou nog winst op kunnen leveren. Daarvoor zijn sensitievere testen en betere acceptatie van profylaxe aangewezen.

R. Houben, epidemioloog aan de London School of Hygiene and Tropical medicine: Modelleren van interventies, wat leren we ervan?

Modelleren is het benaderen van de werkelijkheid. Een model kan voorspellen wat het effect van een interventie op de incidentie in de toekomst zal zijn. Verder kan een model kosten en de impact van alternatieve bestrijdingsstrategieën voorspellen.

C. Magis, longarts UCCZ Dekkerswald: Speuren naar TB, de e-nose.

De e-nose is een non-invasieve instrument dat bepaalde bestanddelen van uitgeademde lucht, die specifiek

bij een ziekte vrijkomen, kan meten. Uit een calibratiestudie is gebleken dat de e-nose een hoge sensitiviteit en specificiteit heeft voor longtuberculose. Verder lijkt de e-nose geschikt om de behandeling te monitoren.

P.de Haas, adviseur laboratorium KNCV: Future diagnostics, what is in the pipe-line

Er zijn momenteel op het terrein van moleculaire detectie, genotypische resistentiebepaling, en latente infectie diverse nieuwe diagnostica in ontwikkeling. GenotypeMDRtb, TREKSensitive MycoTB, en XpertUltra zijn moleculaire diagnostica die al ver in ontwikkeling zijn. Whole genome sequencing is ook een techniek om snel resistentie tegen tuberculostatica te bepalen. Deze technieken zijn zo sensitief en specifiek dat de fenotypische gevoeligheidsbepaling in de toekomst zou kunnen verdwijnen. Ten aanzien van de diagnostiek van latente infectie is er een nieuwe Quantiferon test die ook cell-gemedieerde immuunreactie van CD8+ cytotoxische T-lymfocyten meet.

T. van den Akker, gynaecoloog in opleiding LUMC: audit; een medische spiegel.

Audit is een 'summary of clinical performance of healthcare over a specified period of time' en is gecombineerd met terugkoppeling. In Malawi is de maternale sterfte hoog. Na audit bleken mortaliteit en morbiditeit sterk te dalen. Voorwaarden voor een succesvolle audit zijn dat het uitgangsniveau

laag is, er een specifieke doelstelling en actieplan is, het doel is bepaald gedrag te verminderen, deze regelmatig herhaald wordt en de ontvangers bij voorkeur geen artsen zijn.

M. Brouwer, consultant tuberculose bestrijding: audit vertaling voor de tuberculose bestrijding

Voortbordurend op de inleiding door de heer Van der Akker, worden de mogelijkheden om audit te gebruiken binnen de tuberculosebestrijding besproken.

Werkgroepen waarin ideeën uitgewerkt werden voor implementatie van het thema "Verscherpte surveillance-de ondersteen boven op weg naar eliminatie".

Om 16.45 werden de nascholingsdagen afgesloten met een plenaire discussie.

Verslag “NVALT-studies” dag

Al meer dan 10 jaar worden er onder de vlag van de NVALT klinische studies gedaan, geïnitieerd vanuit de secties oncologie, mesotheliom en endoscopie. Het datamanagement en statische analyse wordt gedaan door het NVALT datacenter, onderdeel van afdeling biostatistics van het AVL (hoofd Harm van Tinteren). Van elke studie zijn steeds 2-3 artsen “principal investigator”. Om de voortgang van de studies met de PI’s te bespreken werd 2 x per jaar op het NVALT datacenter een studiedag georganiseerd. Verder werden de studies steeds kort besproken op de SON vergaderingen. Echter, vanwege de volle agenda van de SON vergaderingen, was er weinig ruimte om echt inhoudelijk over de studies te praten. Vandaar dat besloten is om 2x per jaar een “NVALT studies” dag te organiseren, met in de ochtend kort studie overleg met PI’s en in de middag bespreking van voortgang van studies, uitleg nieuwe studies en bespreken nieuwe voorstellen met alle geïnteresseerde longartsen, verpleegkundigen en datamanagers uit de centra die meedoen of mee willen doen aan NVALT studies. Daarnaast waren vertegenwoordigers van de betrokken farmaceutische industrieën (Lilly, Roche, Astra Zeneca en Boehringer Ingelheim) uitgenodigd.

Op 11 december 2015 was het zover, de eerste “NVALT-studies” dag in het Beatrix gebouw in Utrecht. Maar liefst 27 ziekenhuizen waren vertegenwoordigd, 85 longartsen, datamanagers en verpleegkundigen waren aanwezig. Na



de lunch werd de middag geopend door Harry Groen met een samenvatting van de professionaliserings slag die de stichting NVALT studies in 2015 heeft gemaakt. Marieke Habernickel, sinds 2015 aangesteld als juriste bij de stichting NVALT studies, gaf uitleg over de nieuwe structuur van de stichting en de werkwijze bij opstarten van de studies. Ingrid Mandjes van het NVALT datacenter vertelde over het belang van monitoring van de studies en gaf een overzicht van de bevindingen bij de NVALT 12 studie. Daarna werden de lopende studies kort besproken, NVALT 15 – 17 – 19



Na de koffiepauze waren er twee parallelle discussie sessies, één voor verpleegkundigen – datamanagers met de datamanagers van het NVALT datacenter en één voor de longartsen. Uit de sessie met de longartsen kwam duidelijk naar voren dat er veel draagkracht is voor het doen van de studies en dat veel centra hier aan deel willen nemen. Er werd wel nadrukkelijk gezegd dat er dan ook verplichting is om in de studies te includeren.

Tot slot was er nog een discussie over veranderde opzet van de NVALT 18 studie (Joachim Aerts) en werd de NVALT 22 studie, die binnenkort opengaat, uitgebreid besproken door Joop de Langen.

Al met al was het een succesvolle dag en zeker voor herhaling vatbaar! Besloten werd om 2x per jaar met elkaar de NVALT studies te bespreken, 1 x een lange dag en 1 x een halve middag voorafgaand aan de SON. Noteer de data voor 2016 alvast in uw agenda! Dinsdag 14 juni voorafgaand aan de SON vergadering en vrijdag 9 december vanaf 12 uur.

Anne-Marie Dingemans



Vanuit de NVALT-Studies

Crizotinib als eerstelijns behandeling voor gemetastaseerd ALK-positief niet-kleincellig longcarcinoom

Inleiding

Herschikkingen van het anaplastisch lymphoma kinase (ALK) gen komen voor bij zo'n 4% van de niet-kleincellig longcarcinomen (NSCLC). Een ALK herschikking komt vaker voor bij vrouwen, op jongere leeftijd, bij niet rokende personen en (micropapillair) adenocarcinoom. De Nederlands richtlijn NSCLC (versie 2015) adviseert om alle patiënten met een gemetastaseerd NSCLC te testen op aanwezigheid van een ALK herschikking omdat een tweedelijns behandeling met crizotinib, een orale tyrosine kinase remmer gericht op onder andere ALK, in vergelijking met pemetrexed of docetaxel een significante verlenging geeft van de progressie vrije overleving (PFS) (mediaan 7,7 versus 3,0 maanden, HR 0,47, 95% CI 0,36-0,64, $P < 0,0001$) [1] (positief advies commissie BOM sept 2013).

De hier te bespreken gerandomiseerde fase III studie vergelijkt het effect van crizotinib met een pemetrexed-platinum combinatie bij patiënten met een onbehandeld gemetastaseerd niet-plaveiselcelcarcinoom NSCLC met een ALK gen herschikking.

Kankersoort en lijn van behandeling

De in deze publicatie besproken gerandomiseerde, open-label, internationale multicenter fase III studie betreft de eerstelijns behandeling van patiënten met gemetastaseerd niet-plaveiselcelcarcinoom NSCLC en een ALK gen herschikking. Patiënten werden gerandomiseerd tussen crizotinib en de standaard behandeling bestaande uit pemetrexed in combinatie met carbo- of cisplatin.

Vergelijk met de referentiebehandeling in Nederland De Nederlandse richtlijn NSCLC (versie 2015) stelt dat de standaardbehandeling voor patiënten met stadium IV NSCLC en een performance status (PS) 0-2 bestaat uit 4 kuren platinum bevattende chemotherapie. Pemetrexed-platinum is een gebruikelijke combinatietherapie bij patiënten met een niet-plaveiselcelcarcinoom. Bij deze patiënten verdient cisplatin de voorkeur boven carboplatin vanwege een in een meta-analyse aangetoond overlevingsvoordeel

[2]. Bij contra-indicaties wordt cisplatin vervangen door carboplatin. Bij patiënten die geen progressie hebben na 4 kuren combinatie chemotherapie adviseert de richtlijn een onderhoudsbehandeling met pemetrexed. Deze onderhoudsbehandeling was overigens niet toegestaan in de in deze publicatie besproken studie, omdat de resultaten waarop dit advies is gebaseerd pas in 2012 werden gepubliceerd, nadat deze studie was gestart [3].

Methoden en Kwaliteit van de studie

PROFILE 1014 is een gerandomiseerde, open label, internationale multicenter, fase III studie waarin tussen januari 2011 en juli 2013 343 patiënten 1:1 werden gerandomiseerd tussen crizotinib (n=172) en pemetrexed-platinum (n=171) (intent-to-treat-population). Drie patiënten kregen na randomisatie geen behandeling, er werden 171 patiënten met crizotinib behandeld en 169 met pemetrexed-platinum (91 pemetrexed-cisplatin; 78 pemetrexed-carboplatin). Het belangrijkste inclusiecriteria was lokaal gevorderd, recidief of gemetastaseerd niet-plaveiselcel NSCLC met een ALK herschikking die centraal bepaald werd met de Vysis ALK break apart FISH probe van Abbott. Patiënten mochten geen eerdere systemische behandeling hebben gehad voor gemetastaseerde ziekte. Andere inclusiecriteria waren: leeftijd ≥ 18 jaar, ECOG performance status 0-2, meetbare ziekte volgens RECIST 1.1. Patiënten met behandelde hersenmetastasen konden deelnemen aan de studie mits deze minimaal 2 weken stabiel waren en geen behandeling met corticosteroiden nodig was.

Patiënten werden behandeld met crizotinib 2 dd 250 mg oraal tot progressie of pemetrexed 500 mg/m² met cisplatin 75 mg/m² of carboplatin AUC 5-6, elke 3 weken tot maximaal 6 cycli. De keuze voor cisplatin of carboplatin werd bepaald door de arts, de reden voor deze keuze werd niet beschreven. Crizotinib mocht doorgegeven worden na progressie als de arts van mening was dat er klinisch voordeel was. Cross-over op crizotinib was toegestaan. Pemetrexed onderhoudsbehandeling was (als eerder vermeld) niet toegestaan.

De randomisatie was gestratificeerd voor WO-PS (0-1 versus 2), aziatisch of niet-aziatisch ras, en de aanwezigheid van hersenmetastasen.

Het primaire eindpunt van de studie was PFS (tijd van randomisatie tot progressie, bepaald door centrale onafhankelijke review, of overlijden). Secundaire eindpunten waren objectieve respons rate (ORR), overleving (OS), veiligheid en patiënt-gerapporteerde uitkomsten (PROM). Tumor respons werd bepaald volgens RECIST 1.1 elke 6 weken. Als bij baseline hersen- of botmetastasen aanwezig waren, werd elke 6 weken een scan van de hersenen of een botscan- gemaakt. Bij de andere patiënten werd iedere 12 weken een botscan en een scan van de hersenen gemaakt. Alle scans werden opgestuurd voor centrale onafhankelijke review, geblindeerd voor behandelarm. Bijwerkingen werden gegradeerd volgens CTCAE 4.0.

Patiënt gerelateerde uitkomstmaten werden bepaald middels QLQ-C30; QLQ-LC13 en EQ-5D.

De studie had een 85% power om een 50% verbetering van de PFS vast te stellen met crizotinib ivm chemotherapie (6 naar 9 maanden) met een eenzijdige alpha van 0.025. Het aantal benodigde events (229) werd bereikt in november 2013.

Effectiviteit van de behandeling afgezet tegen de bijwerkingen en impact van behandeling

De klinische patiëntkarakteristieken waren vergelijkbaar tussen beide studiegroepen. De meerderheid van de patiënten had een ECOG-PS 0-1. De mediane follow-up was 17.4 maanden voor de patiënten behandeld met crizotinib en 16.7 maanden voor de patiënten behandeld met chemotherapie.

De mediane PFS bedroeg 10.9 maanden (95% CI 8.3-13.9) in de crizotinib groep en 7.0 maanden (95% CI 6.8-8.2) in de chemotherapie groep (HR 0.45, 95% CI 0.35-0.60, $P < 0.001$). De ORR was significant hoger in de crizotinib groep dan in de chemotherapie groep (74% versus 45%, $P < 0.001$), de mediane duur van respons was 11.3 versus 5.3 maanden. Er was geen significant overlevingsvoordeel van crizotinib

(HR 0.82, 95% CI 0.54-1.26, $p = 0.36$), waarbij rekening moet worden gehouden met het feit dat bij analyse slechts 26% van de patiënten was overleden en dat 70% van de patiënten uit de chemotherapie groep na progressie behandeld werd met crizotinib.

Bijwerkingen (graad 1-4) die vaker voorkwamen bij crizotinib waren visus stoornissen (71%), diarree (61%) en oedeem (49%); bijwerkingen die vaker voorkwamen bij chemotherapie waren moeheid (38%), anemie (32%) en neutropenie (30%). De meeste bijwerkingen waren graad 1-2. Graad 3-4 verhoging van transaminasen kwam vaker voor bij crizotinib dan bij chemotherapie (14% versus 2%), dit kon behandeld worden met dosis interruptie/reductie en leidde slechts bij 3 patiënten tot stoppen van de crizotinib, waarbij er bij 1 patiënt sprake was van "Hy's law". Daarnaast ontstond bij 2 patiënten met crizotinib een interstitiële longziekte waardoor de behandeling gestopt moest worden. Een patiënt overleed aan pneumonitis die aan crizotinib gerelateerd werd.

De analyse van PROM's liet een significante verbetering zien van algehele kwaliteit van leven van patiënten behandeld met crizotinib in vergelijking met chemotherapie.

Kosten

De kosten voor crizotinib bij een dosering van tweemaal daags 250 mg bedragen € 5352 per 28 dagen (bron: www.medicijnkosten.nl, 18/1/2016). De mediane behandelduur was ongeveer 11 maanden.

De Nederlandse Zorgautoriteit heeft de add-on voor deze indicatie nog niet vastgesteld.

Conclusie

Bij patiënten met een stadium IIIb/IV longcarcinoom met een herschikking van het ALK gen geeft eerstelijns behandeling met crizotinib een ongeveer vier maanden langere PFS ten opzichte van chemotherapie met platinum en pemetrexed; 10.9 maanden (95% CI 8.3-13.9) versus 7.0 maanden (95% CI 6.8-8.2) (HR 0.45, 95% CI 0.35-0.60, $P < 0.001$) alsmede een duidelijke verbetering van PROM's. Deze resultaten voldoen aan de PASKWIL criteria voor een positief advies.

Crizotinib als eerstelijnsbehandeling voor gemetastaseerd ALK-positief niet-kleincellig longcarcinoom	
Zorginstituut Nederland	nog geen beoordeling
Add-on	nog niet vastgesteld
totale behandelkosten	€ 58.872

Tabel 1 Resultaten van Profile 1014 afgezet tegen de Paskwil criteria

Palliatief, effectiviteit

Winst progressievrije overleving	10.7 vs 7.0 maanden	+
Primair eindpunt	HR 0.45, 95% CI 0.35-0.60, P<0.001	+

Bijwerkingen

Lethaal < 5%		+
Acuut, ernstig < 25%		+
Chronisch beperkend		+

Kwaliteit van leven

QoL (patient reported)		+
------------------------	--	---

Impact van behandeling

Acceptabele behandellast		+
--------------------------	--	---

Level of evidence

1 fase III studie		+
-------------------	--	---

Kosten

€ 5352 per 28 dagen
totale behandelkosten € 58.872

Referenties

1. Shaw, A.T., et al., *Crizotinib versus chemotherapy in advanced ALK-positive lung cancer. N Engl J Med* 2013; 368(25): 2385-94.
2. Ardizzoni, A., et al., *Cisplatin- versus carboplatin-based chemotherapy in first-line treatment of advanced non-small-cell lung cancer: an individual patient data meta-analysis. J Natl Cancer Inst* 2007; 99(11): 847-57.
3. Paz-Ares, L., et al., *Maintenance therapy with pemetrexed plus best supportive care versus placebo plus best supportive care after induction therapy with pemetrexed plus cisplatin for advanced non-squamous non-small-cell lung cancer (PARAMOUNT): a double-blind, phase 3, randomised controlled trial. Lancet Oncol*, 2012; 13(3): 247-55.

Franciscus Gasthuis & Vlietland, Rotterdam

Niet lullen maar poetsen. In de winkels koop je je overhemden met opgestroopte mouwen. Rotterdam, een stad waar gewerkt wordt. Het is de thuisbasis van een van de jongste opleidingen Longziekten en Tuberculose. In het Franciscus Gasthuis & Vlietland is een hechte groep van longartsen, assistenten in opleiding, een PA en promovendi elke dag samen bezig om de opleiding vorm te geven. Het is een enthousiaste en motiverende omgeving waar, als je de mouwen opstroopt, veel mogelijk is.

In een stad met bonte schakering van culturen zien we alle facetten van de longziekten en van de tuberculose aan ons voorbij trekken. Vooroplopen doen we met het expertisecentrum Astma en COPD, niet alleen in de patiëntenzorg maar ook in het wetenschappelijk onderzoek. Er is een goede samenwerking met het Erasmus MC en tijdens de uitwisselings-stages komen CF, longtransplantatie, pulmonale hypertensie en interstitiële longziekten meer aan bod.

De opleiding wordt persoonlijk vormgegeven maar volgt uiteraard de bloem van de canMEDS waarin medisch handelen inclusief medische verrichtingen, variërend van een pleurapunctie tot EUS, centraal staan.



Zoals in modern opleiden hoort is er veel ruimte en gelegenheid voor de bloemblaadjes van de canMEDS zoals patiëntveiligheid, medisch leiderschap en wetenschappelijk onderzoek. Als AIOS hebben we zitting in de MIP-commissie, het dagelijks bestuur van de centrale opleidingscommissie en de commissie kwaliteit en veiligheid. Maar ook vakinhoudelijk de betrokkenheid via de LAN bij de zorgstandaard COPD of een verdiepingsstage in 'The Royal Brompton' in London of een tuberculose stage in Zuid-Afrika behoort tot de mogelijkheden.

Alleen maar serieus? Nee, natuurlijk is er ook de nodige ontspanning, zo houden we elkaar bij het traditionele kerstdiner graag de spiegel voor. leren we elkaar beter kennen tijdens internationale congressen of cursussen en natuurlijk het jaarlijkse skiweekend. Kortom, je kunt je talenten in het Franciscus op vele vlakken ontwikkelen. Samen met de opleidingsgroep bouwt ieder van ons aan een unieke, op maat gesneden opleiding. Want opleiden doe je samen!

Louise Urlings-Strop
Jasper Kappen
Sebastiaan Denker
Virginie Meuleman – van Waning
Astrid Aardenburg – van Huisstede
Tjeerd van der Veer



Roomser dan de digitale paus?

Sinds 1-1-2016 is de Europese wetgeving in Nederland aangescherpt. Er wordt strenger gelet op privacygevoelige gegevens van patiënten. U mag geen status in de auto laten liggen. U mag uw USB stick met patiënt gegevens niet op de parkeerplaats laten liggen. Als dat gebeurt kunt u worden aangegeven. Dat klinkt logisch en redelijk.

Nu weten we dat emailverkeer niet volkomen veilig is. Zo is er een aantal jaar geleden een kwartier van alle emailverkeer door Chinezen onderschept. Dat kan ook uw mailtje zijn geweest. We gebruiken de email regelmatig voor overdracht van patiëntgegevens. Men zegt dat de email binnen bijvoorbeeld ons samenwerkingsverband ARTZ (Ede Doetinchem en Arnhem) veilig is, maar als ik een patiënt met kanker voor een studie naar Amsterdam stuur, dan is dat niet veilig. Prof. Egbert Smit zou mij moeten aangeven als ik dat doe.

Is er een alternatief voor onveilig email verkeer?

Dat wordt interessant. Bent u "katholiek" en zelfs roomser dan de paus, dan stuurt u die patiëntgegevens niet meer per email. Maar hoe dan wel?

Via de fax (wat was dat ook al weer)? Met een brief inclusief de CD rom met foto's? Hoe

vaak komt de postbode met de benen nog in uw ziekenhuis? Iets anders wat niemand doet? Gaat u alles overtypen of is copy-paste toch niet veel nauwkeuriger in dezen?

Als ik longkanker had zou ik toch heel graag willen dat u die overdracht van gegevens niet per post doet! Dat duurt veel te lang en controle op zoek raken is er niet.

Ik denk dat u de patiënt schaadt als u zich aan de wet houdt. Ik zou



er voor willen pleiten het patiënten gezondheidsbelang boven de minimale kans van gegevenslek te laten gaan. Ik ben echter ook bang dat ik dat moeilijk aan de rechter uit kan leggen in het individuele geval.

Ik ben benieuwd wat u daarvan vindt.

Hans Smit
Longarts Rijnstate Arnhem



In het pulmonaal portret komt telkens een andere longarts aan het woord.

Anton Vonk Noordegraaf

Geboren: 1969

Opleidingskliniek: VUmc

Huidige kliniek: VUmc

Waarom koos je voor de specialisatie longziekten?

Ik heb getwijfeld tussen interne geneeskunde en longziekten. De combinatie van inspirerende mensen en mijn onderzoek naar de pulmonale circulatie hebben de balans door doen slaan naar longziekten. Tijdens mijn opleiding werd mij pas duidelijk hoe mooi het vak longziekten is.

Wat is je aandachtsgebied en waarom?

Pulmonale hypertensie en in het bijzonder pulmonale arteriële hypertensie en chronisch trombo-embolische pulmonale hypertensie. In de eerste plaats omdat patiënten met

pulmonale arteriële hypertensie mijn hart hebben. Het is levensbedreigende aandoening met een complexe en intensieve behandeling. Als team stoppen we er heel veel energie in om de patiënt 7 x 24 uur de beste behandeling te geven. Daarnaast de fascinatie voor de complexe biologie en fysiologie van deze aandoeningen. In mijn onderzoek richten wij ons niet alleen op het vinden van de oorzaak van pulmonale arteriële hypertensie en nieuwe behandelingen maar ook op rechter ventrikelfalen: de belangrijkste doodsoorzaak voor pulmonale hypertensie. Naast de pulmonale hypertensie houd ik mij intensief bezig met patiënten met onbegrepen kortademigheid en complexe fysiologische problematiek.

Wat is de grootste verbetering en verslechtering van de laatste 30 jaar binnen de longziekten?:

Longziekten in Nederland is groot geworden door een aantal pioniers die middels baanbrekend onderzoek het vak op de kaart gezet hebben. Dat bijvoorbeeld longkanker door de longarts en niet door de medisch oncoloog behandeld wordt heeft te maken met het feit dat een aantal longartsen in Nederland het long-oncologisch onderzoek internationaal op de kaart gezet hebben. De bedreiging van het vak longziekten is mijns inziens academische verschraling: als we als longartsen niet meer toonaangevend zijn in zorg en onderzoek, dan raken we onderdelen van het vak kwijt aan belerende percelen, zoals in sommige andere Europese landen al gebeurd is. Versterking van de academische component middels onderzoek, toeprefereerde zorg en opleiding is daarom essentieel voor ons vak. Wat hierbij in het nadeel voor de longziekten werkt is dat de opleiding tot longarts in tegenstelling tot bijna alle andere specialismen volledig in de periferie kan plaatsvinden. Dit maakt de positie van de longziekten in de

academie minder goed te verdedigen. Persoonlijk vind ik dit geen goede zaak.

Wat zijn je dagdromen?

Die heb ik niet. Ik ben een tevreden mens die wat meer tijd thuis in plaats van in het buitenland zou willen doorbrengen.

Als je ongehinderd door budget onderzoek zou kunnen doen, waarnaar zou je dat doen?

Ik ben bang dat dit allemaal op zou gaan aan pulmonale hypertensieonderzoek. Heb overigens net gehoord dat mijn NWO-VICI aanvraag gehonoreerd is, zodat dit voor mij realiteit is geworden en ik dit ook ten uitvoering ga brengen.

Neem je het werk mee naar huis?

Ja. Dit betreft vooral onderzoeksgebonden activiteiten waar ik overdag geen tijd voor heb, zoals het lezen en corrigeren van artikelen en voorbereiden van presentaties. Daarnaast ben ik associate editor van de European Respiratory Journal en Thorax. Leuk werk, maar gebeurt ook 's avonds. Overigens beschouw ik onderzoeksgelateerde activiteiten niet zozeer als werk maar meer als een uit de hand gelopen hobby.

Hoe zoek je ontspanning?

Ontspanning is voor mij thuis zijn bij mijn vrouw Bea en vier kinderen. Ik ben een buitenmens: hou van ruimte en beesten om mij heen. Daarnaast zit ik graag achter het klavier. Samen muziek maken met mijn vrouw is een prachtige afsluiting van de dag.

Wat is je advies aan jonge longartsen (i.o.)?

Het grote voordeel van de opleiding nu is dat je als longarts i.o. in staat bent om je eigen opleiding samen te stellen. Mijn advies is dan ook om gebruik te maken van die vrijheid door in de laatste een/twee jaar stages te lopen in de beste ziekenhuizen

voor de verschillende deelgebieden. Daarnaast, zorg dat je opleiding meer is dan een beroepsopleiding en neem ruim tijd voor wetenschappelijke verdieping.

Wat is de grootste uitdaging in je werk?

Toch wel de zorg rondom mijn patiënten. Present zijn. Eerlijk zijn en toch hoop blijven bieden. Ondanks soms uitzichtloze situaties toch samen

met de patiënt blijven zoeken naar de beste oplossingen.

Wat is er nodig om een goede longarts te zijn?

Het longartsen vak maakt bescheiden omdat we patiënten maar zelden genezen en we vooral te maken hebben met ernstig invaliderende aandoeningen. Naast een goede vakkennis zijn daarom een goed communicatief vermogen, empathie

en oprechte belangstelling in mensen zeker net zo belangrijk. Een beetje handig zijn helpt ook.

Wat is je lijfspreuk?

Doe wel en zie niet om.

Aan wie mogen wij de volgende keer vragen stellen:

Aan Suzy Samii, onze Perzische longarts uit Deventer die ik bewonder om haar doorzettingsvermogen.

"Klaar" Shelley Overbeek

In deze rubriek worden NVALT-leden, die hun functie recent hebben neergelegd, geïnterviewd.



Wat heeft u gedaan op uw eerste vrije dag?

Eerst heb ik heerlijk uitgeslapen en daarna heb ik, buiten zittend in het zonnetje met zicht over de weilanden, met mijn gastvrouw ontbeten. Vervolgens heb ik de krant van voor naar achter gelezen, beginnend bij de sportpagina. Na een kleine fietstocht in en buiten Bergen heb ik urenlang staan wieden en snoeien in de tuin van mijn gastvrouw. Na het eten, in de tuin zittend bij het houtvuur en met een glaasje wijn in de hand, heb ik wat voor mij uit zitten dromen.

Hoe bent u indertijd in de wereld van de Sportgeneeskunde beland?

Dat kwam door een combinatie van factoren. Sport heeft altijd een grote rol in mijn leven gespeeld. Ik heb "van alles" op sportgebied gedaan maar toch vooral geschaatst en gehockeyd op behoorlijk niveau (Nederlands jeugd elftal). Naar schaatswedstrijden ben ik altijd blijven gaan of zitten kijken. Met mijn vader ben ik als 15 jarige in 1966 naar de Europese schaats Kampioenschappen in Deventer geweest waar de bloei van Ard (Schenk

en Keessie (Verkerk) begon. Toen Ingrid Paul, oud Olympisch schaatster en arts, op onze afdeling een onderzoeksstage kwam lopen, lag het voor de hand dat zij onderzoek zou doen naar het "1500 meter hoestje". Met de publicatie die hieruit volgde, vond ik later ingang bij vele sportartsen en het NOC/NSF. Toen Marieke van Doorn, een vriendin van mij (winnares van Olympisch goud en brons met het hockeyteam, en tevens huisarts en sportarts) mij allerlei sporters met luchtwegproblemen begon te verwijzen en mij ook nog introduceerde als spreker bij de opleiding tot sportarts, was mijn entree in de Sportgeneeskunde een feit.

Is er iets in uw carrière waar u spijt van heeft?

Spijt is misschien een te groot woord, maar ik heb het wel altijd jammer gevonden dat het er nooit van is gekomen een jaar in een Engels sprekend land te wonen en te werken. Zo'n ervaring lijkt mij zeer waardevol. Bovendien helpt een goede beheersing van de Engelse taal bij het houden van voordrachten en het schrijven van artikelen.

En waar bent u het meest trots op?

Tijdens mijn werkzaamheden als longarts binnen de Sportgeneeskunde heb ik een onderzoeksprotocol ingediend bij NOC/NSF waarbij het de bedoeling was alle sporters die geacht werden naar de Olympische Spelen in Beijing te gaan, te testen op luchtwegproblemen en zo nodig daarvoor te behandelen. Toen velen van "mijn" sporters een Olympische medaille wisten te behalen was ik daar wel trots op.

Wat zult u niet gaan missen?

Alle administratieve rompslomp en het gedoe om de diagnostiek en

behandeling voor de patiënt geregeld en vergoed te krijgen, waardoor er steeds minder tijd over blijft voor het directe contact met de patiënt.

Wat zult u zeker gaan missen?

Alle formele en informele contacten met de patiënt, met de collega's of met medewerkers in het ziekenhuis of de polikliniek. En het contact met de arts-assistenten, vooral als ik weer hulp nodig heb met de computer, de iPhone of iPad. En natuurlijk zal ik ook de intellectuele uitdaging missen het beste uit de patiënt en mijzelf te halen.

Wat is uw advies aan de jonge generatie longartsen?

We hebben in mijn ogen de diagnostiek en behandeling van astmapatiënten teveel in handen gegeven van de huisarts en de praktijkondersteuner, en ons steeds meer gericht op oncologische patiënten en patiënten met COPD. Te vaak heb ik echter adolescenten en volwassenen op mijn polikliniek gezien die door klachten van hun astma niet konden voldoen aan de landelijke norm van bewegen (aan kinderen wordt aanbevolen minimaal een uur per dag actief bezig te zijn, aan volwassenen om minimaal 30 minuten per dag te bewegen). Dat baart mij grote zorgen! Deze overwegend jonge mensen hebben immers nog een heel leven voor de boeg en een optimale instelling van hun astma is hierbij onontbeerlijk. Mijn advies is dan ook: haal de astmapatiënt weer terug naar de longarts! Onze kracht is dat wij over de beste (diagnostische) middelen beschikken om de behandeling op de individuele patiënt af te stemmen. Een goede anamnese is daarbij essentieel. Van belang is bovendien ervoor te zorgen dat de berichtgeving naar de huisarts en collega's op orde is. Zonder goede communicatie met de andere hulpverleners kan van een optimale behandeling geen sprake zijn!



Samenvatting proefschrift Robin Cornelissen

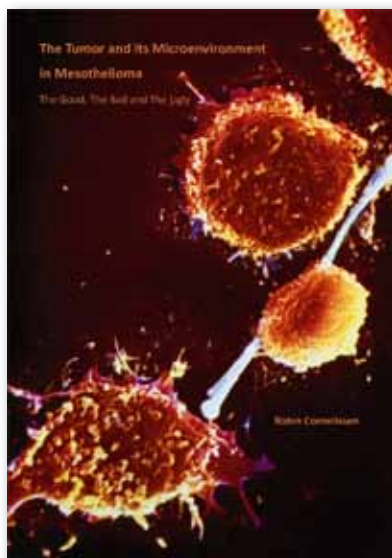
THE TUMOR AND ITS MICROENVIRONMENT IN MESOTHELIOMA THE GOOD, THE BAD AND THE UGLY

8 april 2015, Erasmus Rotterdam
Promotor: Prof. dr. J.G.J.V. Aerts
Co-promotoren: Dr. J.P.J.J. Hegmans

Het maligne pleurale mesotheliom is een aandoening met slechts beperkt behandelmogelijkheden. Palliatieve chemotherapie verlengt de mediane overleving met slechts 3-4 maanden. De rol van het immuunsysteem bij maligniteiten is de afgelopen jaren evident geworden en derhalve toegevoegd als een "hallmark of cancer". Daarnaast is het mogelijk gebleken om van dit immuunsysteem gebruik te maken voor anti-tumorbehandeling, zogenaamde immunotherapie. In het eerste gedeelte van het proefschrift worden een aantal mechanismen beschreven hoe de status van het immuunsysteem kan worden gebruikt bij patiënten met een mesotheliom.

Macrofagen kunnen in de weefsels polariseren naar het M1 en M2 subtype. Waar het M1 subtype bij maligniteiten anti-tumor gericht is, is het M2 subtype in staat om de tumor te helpen bij bijvoorbeeld angiogenese en onderdrukking van het anti-tumor gerichte immuunsysteem. In de eerste hoofdstukken van mijn proefschrift wordt het belang

beschreven van met name deze macrofagen. Het blijkt dat de ratio M1/M2 macrofagen in het tumorbiopt voorspellend is voor de overleving bij patiënten met een mesotheliom. Daarnaast kan de verhouding M1/M2 macrofagen in het biopt voorspellen of een patiënt een hogere kans heeft op het ontwikkelen van lokale doorgroei ("entmetastasen") bij patiënten met een mesotheliom na een diagnostische of therapeutische ingreep aan de thorax. Deze bevinding zou gebruikt kunnen worden om bijvoorbeeld het effect



van profylactische radiotherapie beter te bestuderen, gezien de lage incidentie van lokale doorgroei in de gepubliceerde studies. Ook in het pleuravocht van patiënten blijkt een overwegend M2 macrofaag georiënteerde omgeving aanwezig te zijn. Deze bevinding kan consequenties hebben voor de lokale, intrapleurale therapieën die op dit moment getest worden (bijvoorbeeld intrapleurale CAR-T cel therapie).

In het tweede deel van het proefschrift wordt ingegaan op de immunotherapie bij het mesotheliom, waarin dendritische celtherapie centraal staat. Deze vorm van immunotherapie induceert een tumor gerichte immuunrespons, wat reeds in een eerdere fase I studie was aangetoond. In de beschreven fase I studie is cyclofosamide toegevoegd met als doel de hoeveelheid en de functie van de regulatoire T cel te verminderen. Regulatoire T cellen kunnen net als M2 macrofagen de anti-tumor respons van het immuunsysteem belemmeren door het induceren van een lokaal immunosuppressieve omgeving. Cyclofosamide blijkt inderdaad het aantal regulatoire T cellen in het serum van de patiënten gedurende de behandeling te verminderen.

Daarnaast werden klinische responsen gezien en bij een deel van de patiënten werd een opmerkelijk lange overleving gezien, waarbij op dit moment nog 2 van de 10 patiënten in leven zijn; respectievelijk 54 en 70 maanden na het stellen van de diagnose. De kanttekening moet natuurlijk geplaatst worden dat het hier een fase I studie betreft, waarbij geen uitspraak gedaan kan worden over overleving, maar een

signaal van activiteit lijkt waarschijnlijk. Deze studie krijgt momenteel vervolg met de modificatie dat in plaats van autoloog tumormateriaal een allogeen verkregen tumorlysaat wordt gebruikt om op deze manier meer patiënten te kunnen behandelen. Immunotherapie maakt nu zijn eerste stappen in de behandeling van maligniteiten, maar de inzichten en mogelijkheden nemen snel toe en

naar verwachting zal immunotherapie een belangrijke vorm van kankerbehandeling zijn.

E-mail voor opvragen papieren proefschrift:
r.cornelissen@erasmusmc.nl
Downloaden proefschrift:
repub.eur.nl/pub/77931/150408_Cornelissen-Robin.pdf

“Mijn dokter wordt een robot” & 7 andere stellingen over eHealth

Een app die bijhoudt of je wel genoeg stappen zet, een diabetespatiënt die thuis zijn bloedwaarden meet en daarna uploadt naar zijn arts, of een tiener die door een *serious game* zijn astmaklachten vermindert. Allemaal voorbeelden van eHealth: technologische en digitale zorgtoepassingen. Een begrip dat nogal wat vragen oproept. Is eHealth voor iedereen geschikt? Hebben we straks misschien een robot als dokter? En hoe zit het eigenlijk met de beveiliging van onze gegevens? We leggen acht actuele stellingen voor aan LUMC-hoogleraar Niels Chavannes, huisarts en expert op het gebied van eHealth.



“EHealth is een hype.”

“Dat is momenteel helaas wel waar. Op Twitter en in blogs brult men dat eHealth de heilige graal is. Bij elk nieuw apparaatje dat op de markt wordt gebracht, volgt zonder blikken of blozen de belofte van een betere gezondheid voor iedereen. Er is dus veel gebakken

lucht en dat is jammer, want eHealth heeft wél veel goeds te brengen. Maar alleen als het gaat toepassingen die bewezen hebben dat ze bepaalde problemen kunnen oplossen. Kijk, je kunt wel een slim apparaatje ontwikkelen dat je op je voorhoofd draagt en dat continu je temperatuur meet. Maar waar is dat eigenlijk goed voor, en wie zit erop te wachten? Het is veel nuttiger dat chronische patiënten hun eigen gegevens digitaal kunnen volgen, en dat hulpverleners hen online in de gaten houden en bij problemen snel kunnen ingrijpen. Het is handig als je voor een tussentijds consult niet naar je huisarts hoeft te komen, maar gebruik kunt maken van videocontact. Het LUMC concentreert zich op toepassingen van eHealth, waarvan we wetenschappelijk kunnen aantonen dat ze echt bijdragen aan een betere gezondheid of gezondheidszorg. Betrouwbaarheid staat bij ons voorop.”

“Met eHealth kunnen we veel geld besparen.”

“Nou, dat valt nog te bezien. Ik verwacht dat eHealth vooral zal bijdragen aan een betere kwaliteit van de zorg. Misschien kunnen we er op de langere termijn wel mee besparen, bijvoorbeeld door met slimme technologie ziekten of complicaties bij patiënten te voorkomen. Maar is het eigenlijk wel per se nodig om te besparen op de zorg? Tenslotte vindt iedereen zijn gezondheid het meeste waard. Je kunt de zorg trouwens ook zien als bedrijvigheid, zoals de Europese Unie dat doet. Ik hoop dat de Nederlandse overheid eHealth gaat zien als groeimarkt waarin we ons land internationaal gezien goed kunnen positioneren. In Leiden proberen we dat al binnen

een samenwerkingsverband van het LUMC, de Universiteit Leiden, de TU Delft en de Erasmus Universiteit. Deze zogeheten Medical Delta is groot genoeg om ook internationaal een rol van betekenis te spelen.”

“Mijn dokter wordt een robot.”

“Dat is zeker niet de bedoeling. In het LUMC streven we juist naar *blended care*: de vertrouwde arts-patiëntrelatie wordt aangevuld met technologische toepassingen. Als dat zin heeft. Kijk, veel mensen zijn bang om het menselijke contact met hun arts te verliezen. Een eenzame oudere zit misschien liever ieder kwartaal in de wachtkamer tussen de mensen dan thuis achter z’n pc. Bovendien zijn de meeste Nederlanders best tevreden met de huidige zorg. Ze hebben doorgaans alle vertrouwen in hun zorgverleners. En dan zouden ze nu die zorg van een computer moeten krijgen? Dat roept koudwatervrees op, of zelfs verzet.

Ik vind het belangrijk om de goede relatie tussen arts en patiënt te behouden. Met eHealth kun je die band ondersteunen, bijvoorbeeld door contacten flexibeler te maken. Een voorbeeld: patiënten met ernstige COPD zien soms vol angst het weekend tegemoet. Wat als ze erg benauwd worden? In het weekend moeten ze dan naar de huisartsenpost en daarop volgt vaak een ziekenhuisopname. Met behulp van een videoverbinding heeft de verpleegkundige van thuiszorgorganisatie Evean nu elke vrijdagochtend contact met deze mensen. Hoe gaat het met meneer Jansen, zijn de puffertjes nog op voorraad? Dat geeft vertrouwen, waardoor meneer Jansen meer ontspannen het weekend in gaat.”

“EHealth is een uitkomst voor ouderen.”

“Dat klopt. Juist ouderen kunnen er veel aan hebben, omdat zij vaker aan chronische ziekten lijden. Natuurlijk moet je bij ouderen, maar eigenlijk bij iedereen, ervoor zorgen dat eHealth doodsimpel is. Dus bijvoorbeeld geen ellenlange lappen tekst aanbieden. Artsen overschatten hoeveel informatie mensen kunnen opnemen. Je kunt beter kleine brokjes informatie geven, waarbij mensen zelf kunnen kiezen waarover ze meer willen weten. Dat motiveert meer. Je kunt informatie ook aanbieden in de vorm van animaties. Handig voor mensen die moeite hebben met lezen of de taal niet machtig zijn. Ook belangrijk: makkelijk kunnen inloggen als je bijvoorbeeld gegevens naar je arts wilt sturen. Als mensen lange wachtwoorden vol vreemde tekens moeten invoeren, dan haken ze snel af. Natuurlijk moet de toegang tot medische gegevens beveiligd zijn, maar dat kan ook met een simpele vingerafdrukscan op de iPad.”

“EHealth is alleen voor rijke Westerse landen.”

“Onjuist. In Westerse landen is de toegevoegde waarde van eHealth juist veel lastiger aan te tonen dan in minder welvarende landen. In grote delen van China is de lokale gezondheidszorg ondermaats, maar Chinezen hebben wél bijna allemaal een smartphone! EHealth is daar sterk aan het groeien. Ook voor Afrikaanse ontwikkelingslanden valt er met eHealth veel te winnen. Onze afgedankte Nokia's, daar opgeladen met zonnecellen, vormen de virtuele snelweg naar het dorp. Afrikanen bankieren zelfs met telefoontikken en ziekenhuizen schenken hun patiënten beltegoed als onderdeel van de behandeling, zodat ze daarmee de busrit naar het ziekenhuis kunnen betalen. Zelf ontving ik deze zomer een Europese subsidie voor grootschalig onderzoek naar longziekten in armere landen. Met dit onderzoek, de FRESH

AIR studie, gaan we kijken hoe we COPD in Oeganda, Vietnam, Kirgizië en Griekenland kunnen helpen voorkomen. In deze landen wordt veel gerookt én veel binnenshuis gekookt op hout, koeienmest of steenkool. Daarbij komt schadelijke rook vrij. Ook binnen dit onderzoek speelt eHealth een rol. Zo onderzoeken we longfunctiemetingen op smartphones en sturen we de vrouwen die in de hutjes staan te koken sms'jes over de gevaren van rook voor hen en hun kinderen.”

“Je smartphone kan je gezonder maken.”

“Dat is nog onbeslist. Er zijn veel meningen, maar weinig feiten. Er is heel weinig bewijs dat eHealth een gezonde leefstijl in de bevolking bevordert. Je kunt wel een stappenteller of hartslagmeter op je smartphone installeren, maar hoe word je daar vervolgens gezonder van? Eigenlijk zou een app veel genuanceerder moeten ingaan op wie jij bent en wat voor jou persoonlijk het beste advies is. Een sterk gepersonaliseerde vorm van eHealth dus. Wel weten we dat patiënten die een hoge ziektelast hebben, bijvoorbeeld jongeren met een ernstige vorm van astma, het meest gebaat zijn bij eHealth. Zij zijn namelijk het meest gemotiveerd om het vol te houden. Als die jongeren elke week via hun smartphone hun astmaklachten doorgeven en feedback krijgen over de juiste dosering van hun medicijnen, dan merken ze dat ze zich beter voelen.”

“Als ik eHealth gebruik, dan liggen straks mijn gegevens op straat.”

“Niet waar. Het Nationaal ICT Instituut in de Zorg, NICTIZ, waakt over de beveiliging van eHealth. Alle uit te wisselen patiëntgegevens moeten veilig opgeslagen zijn bij onafhankelijke en betrouwbare derde partijen. Onlangs heeft de Europese Unie nog strengere beveiligings- en privacyregels ingevoerd voor elektronische toepassingen in de gezondheidszorg. Patiëntgegevens worden wel anoniem gebruikt voor wetenschappelijk

onderzoek. Uit zulke *big data* - grote hoeveelheden gegevens, soms van miljoenen mensen - kun je veel nuttige informatie halen. Over gezondheid: welke patronen zie je? Wat voor patiënten lopen extra risico's op complicaties? Maar ook over het verbeteren van de zorg zelf. Bijvoorbeeld: welk effect heeft een patiëntensite als thuisarts.nl op de consulten bij de huisarts? Nog een voorbeeld: Den Haag kent grote verschillen in rijkdom tussen wijken. Met de gemeente verzamelen we nu anoniem gegevens van inwoners en zoeken we naar samenhang tussen wijk, opleiding en gezondheid. Aan de hand van big data kun je extra inzetten op de brandhaarden en zorg bieden waar die het hardst nodig is. En dat is waarschijnlijk eerder de Schilderswijk dan het Westbroekpark.”

“Door eHealth raken we te gefixeerd op onze gezondheid.”

“Dat is voor sommige mensen inderdaad een gevaar. Als je wilt, kun je de hele dag bezig zijn met je stappenteller, bloeddrukmeter en voedings-app. Dat is uiteraard niet de bedoeling. De paradox is dat juist mensen die al gezond leven daar gevoelig voor zijn. Denk aan jonge, hoogopgeleide vrouwen die niet roken, gezond eten en veel sporten. Zij proberen met eHealth nóg wat gezonder te worden. Terwijl je liever iets zou verbeteren aan de gezondheid van mensen met een ongezonde levensstijl. De ontwikkelaars van eHealth moeten daar rekening mee houden: voor wie ontwikkelen ze hun technologie en hoe zorgen ze ervoor dat ze die doelgroep ook echt weten te bereiken?”

Op 11 december hield Niels Chavannes zijn oratie, getiteld 'EHealth in disease management: doel of tool?'

Auteur, Diana de Veld
Eerder gepubliceerd in het LUMC Magazine

ILD masterclass: 'IPF: diagnostiek en management: een update'

Op vrijdag 11 december 2015 werd de vijfde ILD masterclass georganiseerd door de ILD Care Foundation, deze keer in samenwerking met het ILD expertisecentrum van het St. Antonius ziekenhuis te Nieuwegein.

Het was de organisatie weer gelukt om de deelnemers aan deze masterclass op deze regenachtige herfstdag een gevarieerd en interessant programma aan te bieden.

Na het welkomstwoord van prof. Marjolein Drent was het woord aan prof. Aalt Bast, hoogleraar toxicologie, hoofd afdeling farmacologie en toxicologie van de universiteit Maastricht met een presentatie over medicamenteuze therapie en voeding. Met zijn aanstekelijke enthousiasme wist hij het selecte gezelschap direct aan zich te binden. Lastige moleculen en zuurstofradicalen passeerden in een boeiende voordracht de revue en na vele colleges biochemie (alweer redelijk wat jaren geleden) werd mij eindelijk weer duidelijk hoe en wat er allemaal mis kan gaan ten gevolge van oxidatieve stress in onze longen. Na deze voordracht waren de deelnemers er weer van op de hoogte wat ze vooral beter niet kunnen slikken/gebruiken (van nitrofurantoïne tot

cocaïne) en welke producten ze thuis eventueel wat vaker op het menu mogen zetten. Ook wordt de vraag of N-acetylcysteïne na de Panther trial niet te vroeg is afgeschreven als effectief antioxidant voorzichtig geponeerd.

Vervolgens was het woord aan prof. Johnny Verschakelen, hoogleraar radiologie aan de Katholieke Universiteit van Leuven. Op een duidelijke wijze werden de deelnemers stapsgewijs meegenomen in de beoordeling HRCT en de dilemma's welke kunnen ontstaan bij het diagnosticeren van een UIP/IPF op een HRCT. Zijn de 'Raghu-criteria' na 4 jaar niet alweer aan revisie toe?

De laatste presentatie voor de pauze nam prof. Marjolein Drent zelf voor haar rekening. Hierin werd de rol van supportieve, palliatieve en end-of-life care op een illustratieve wijze gepresenteerd. Er is momenteel veel te doen omtrent de nieuwe medicamenteuze behandelopties voor IPF, maar voor deze behandelingen komen zeker niet alle patiënten in aanmerking. Hierbij blijft het belangrijk om zaken als revalidatie, zuurstofgebruik en (psycho)sociale ondersteuning niet uit het oog te verliezen.

Na een korte pauze was het aan drs. Frouke van Beek, longarts van het ILD expertisecentrum te Nieuwegein, om de deelnemers wegwijs te maken in het gebruik van de nieuwe anti-fibrotische middelen in de dagelijkse praktijk. Na tien jaar van negatieve studies zijn er in een korte tijd twee geregistreerde medicamenten voor IPF op de markt! Na jaren van weinig tot geen behandelopties moeten we nu dus gaan kiezen tussen twee middelen, waarbij de deelnemers enkele praktische tips kregen op basis waarvan ze de keuze voor één van beiden kunnen maken.

Hierna mochten de aanwezigen zich opmaken voor een workshop transplantatiescreening, gegeven door dr. Erik Verschuuren, immunoloog van de afdeling longtransplantatie van het UMCG. Hij maakte op bevlogen wijze inzichtelijk wat het invoeren van de LAS-score patiënten met interstitiële longziekten/longfibrose heeft opgeleverd. Met nieuwe behandel mogelijkheden lijken relatieve contra-indicaties meer dan ooit relatief en valt het aan te bevelen om bij twijfel laagdrempelig te overleggen met een transplantatiecentrum om te kijken of jouw patiënt toch niet in aanmerking komt voor een longtransplantatie.





Na een uitgebreide lunch was het woord wederom aan prof. Johny Verschakelen. Hij gaf in zijn een workshop een nadere toelichting over de huidige rol van de HRCT in management van ILD. De toenemende waarde van de HRCT bij het stellen van de diagnose IPF (zonder OLB) werd helder uiteengezet aan de hand van casuïstiek. Ook werd wederom duidelijk dat er altijd, ook bij de deelnemers aan de masterclass, een zekere mate van interobserver variabiliteit blijft bestaan. Multidisciplinair overleg in een vroeg stadium van de diagnostische fase heeft een enorme meerwaarde en kan de patient regelmatig een open longbiopt besparen.

Na deze leerzame workshop maakten prof. Aalt Bast en prof. Marjolein

Drent samen nog duidelijk wat de rol van CYP polymorfismes kan zijn bij het ontstaan van interstitiële longziekten. Zo werd duidelijk dat coumarinederivaten lang niet altijd onschuldig zijn en dat met name mensen met een deficiëntie in CYP2C9, 2C19 en VKORC1 een groter risico lopen op een overdosering van deze groep medicijnen. Hierbij kunnen bloedingen optreden in de longen, hetgeen een beeld van 'diffuse alveolar hemorrhage' (DAH) geeft, waarbij vrijgekomen Fe²⁺ in een reactie met waterstofperoxide ernstige beschadigingen aan de longen kan geven. Hoe tegenstrijdig het misschien ook klinkt, in sommige gevallen is het geven van een standaard lage dosering vitamine K bij coumarinederivaten juist aan te bevelen om een steady-

state in de vitamine K reserve te bewerkstelligen en uitschieters in de INR te voorkomen!

Tot slot werd er door de deelnemers zelf ingebrachte en zeer diverse casuïstiek besproken waarbij er veel ruimte voor discussie was. Hierbij werd onder andere duidelijk dat een tijdig MDO of overleg met een expertisecentrum soms onnodige diagnostiek kan voorkomen en dat het drinken van Chinese kruidenthee niet zo onschuldig is als het lijkt!

Kortom, het was een enerverende en zeer leerzame bijeenkomst die zeker weer voor herhaling vatbaar is!

Rein van Rijswijk,
longarts Jeroen Bosch ziekenhuis

Prof. dr. Jules van den Bosch Symposium IV: Personalized Medicine in ILD



Mariëtte Goezinne gaf vorig jaar al aan in haar stukje over het Jules van den Bosch symposium dat het zeker voor herhaling vatbaar was. Dat bleek op 14 januari weer het geval! Een bijzonder symposium dit jaar omdat het de vierde keer was dat het plaatsvond ter nagedachtenis aan professor Jules van den Bosch die het St. Antonius ILD Expertisecentrum precies 10 jaar geleden heeft opgericht!

Met 384 km file tijdens de ochtendspits begon de dag met enige vertraging, maar eenmaal van start ging het als een sneltrein. Zoveel interessante onderwerpen en fascinerende sprekers die ons langs vele facetten van de interstitiële longziekten (ILD) voerden lieten de vertraging al snel vergeten. De dag werd voorgezeten en ingeluid door professor dr. Jan Grutters met professor dr. Jan-Willem Lammers en dr. Willem Jan Bos als voorzitters in de ochtend en in de middag gaven ze het stokje door aan professor dr. Frank Smeenk en professor dr. Aalt Bast. Binnen de ILD zijn er veel ontwikkelingen waarbij personalized medicine als rode draad door de dag liep. Zorg op maat is niet meer weg te denken in de huidige zorgverlening. Iedere patiënt is uniek, daarom zal iedere casus individueel benaderd dienen te worden. Zo kunnen we niet alleen de oorzaak van deze zeldzame

ziektebeelden beter achterhalen, maar vooral ook therapie op maat leveren. Hierbij staat een multidisciplinaire benadering centraal.

Er komen steeds meer medicijnen beschikbaar met het doel het proces achter ILD in toom te houden. Naast bekende middelen zoals prednison, azathioprine en cyclofosfamide zijn recent fibroseremmers op de markt gekomen in de vorm van nintedanib en pirfenidon. Langzaam maar zeker wordt steeds duidelijker dat de triggers voor deze zeldzame ziekten op verschillende niveaus plaatsvinden en dat er dus op verschillende niveaus ingegrepen moet worden. Combinatie van therapieën waaronder het toevoegen van antioxidanten, bijvoorbeeld in de vorm van flavonoiden, die de inflammatoire respons bij sarcoïdose zou kunnen remmen, zijn zeer waarschijnlijk de toekomst, zo liet Prof. Dr. Aalt Bast, hoogleraar Farmacologie en Toxicologie te Maastricht ons weten.

Prof. dr. Marjolein Drent, na 21 jaar weer terug op haar nest in het St. Antonius Ziekenhuis, legde de nadruk op het belang van multidisciplinair overleg bij zeldzame longaandoeningen en gaf aan dat preventie en goede voorlichting belangrijke factoren zijn. Zo is een goed geïnformeerde patiënt gemotiveerder en bestaan er minder twijfels, is er een hogere compliantie en is er meer tevredenheid. Daarnaast is het belangrijk om te beseffen dat ieder medicijn toxisch is. De wijze waarop de metabolisering van medicatie plaatsvindt, is daarbij van groot belang. Hoe kunnen we responders van non-responders onderscheiden om zoveel mogelijk onnodige schade door medicatie te voorkomen? Dat is de hamvraag. Dr. Vera Deneer, apotheker

in het St. Antonius Ziekenhuis nam ons mee in die wondere wereld van de farmacogenetica. Idealiter zouden we natuurlijk alleen medicatie geven als we zeker weten dat patiënten het kunnen verdragen en niet als het toxisch is. Tegenwoordig kan bijvoorbeeld een CYP-analyse worden gedaan om te achterhalen wat voor type metabolizer de patiënt is om aan de hand daarvan specifieke aanpassingen te doen. Bij slow metabolizers kunnen zelfs na jaren gebruik van een bepaald medicijn problemen ontstaan op het moment dat er een ander medicament wordt toegevoegd. Helaas is de farmacogenetische bepaling nog geen routine bij iedere patiënt die zich presenteert in het ziekenhuis en gebeurt dit nu alleen op indicatie. Prof. dr. Jan Grutters gaf vervolgens een mooie update over IPF, waarvoor nu twee verschillende fibroseremmers beschikbaar zijn met overtuigend bewijs van werkzaamheid; nintedanib en pirfenidon. In studieverband is aangetoond dat deze middelen een significante remming (50% reductie) van de achteruitgang van de FVC op jaarbasis geven. Tevens is er enig bewijs dat ze mogelijk effect hebben op een exacerbatie, waarmee 30% van de IPF patiënten uiteindelijk te maken krijgt. Tegenwoordig is één van de startcriteria een FVC < 80%, maar waarschijnlijk wordt dit (samen met andere criteria) in de nabije toekomst aangepast omdat de verwachting is dat sneller starten met behandeling de patiënt voordeel oplevert. Maar welke van de twee middelen kies je nou als eerste? Aangezien ze qua effect vergelijkbaar zijn, kun je ook hier weer zorg op maat leveren door goed naar de patiënt te luisteren. Zo zou de voorkeur naar nintedanib kunnen

uitgaan als de patiënt bijvoorbeeld graag in de zon komt. Een andere belangrijke vraag is: wanneer is een wisseling van middel geïndiceerd? Hier is nog weinig literatuur over, maar bij onacceptabele bijwerkingen of een te sterke daling van de longfunctie dient dit overwogen te worden.

Ongeveer een kwart van de IPF blijft lastig om te diagnosticeren. In het recente verleden werd er nog vaak een proefbehandeling prednison gegeven bij een mogelijk IPF-beeld (z.g. 'possible IPF' volgens internationale criteria), maar dit lijkt zelfs een negatief effect te hebben en wordt nu ontraden.

Het is aannemelijk dat ook andere fibroserendeILD, b.v. in het kader van onderliggende autoimmuunziekte baat kunnen hebben bij behandeling met fibroseremmers. Studies hiernaar zijn onderweg.

Dr. Coline van Moorsel, hoofdILD-research in het St. Antonius Ziekenhuis, bracht ons op de hoogte van het belang van genetica bij deILD. Zo is er een groot verschil in incidentie van sarcoïdose tussen verschillende etniciteiten, en is er een duidelijke relatie tussen IPF en het vóórkomen van longkanker, vooral bij patiënten met een SFTPA2 mutatie. Genetische diagnostiek bij verdenking op familiale longfibrose heeft inmiddels intrede gedaan in de kliniek. Daarnaast zullen we ons in de toekomst waarschijnlijk meer richten op het belang van de telomeerlengte bijILD en andere longziekten.

Dr. Marcel Veltkamp heeft ons bijgepraat over de vele verschillende triggers die mogelijk aan het ontstaan van sarcoïdose ten grondslag liggen. Er komt steeds meer bewijs dat metalen en bacteriën zoals mycobacteriën en Propioni Bacterium Acnes een

belangrijke uitlokkende factor kunnen zijn. Zo zou antibiotische therapie mogelijk een hoeksteen van de behandeling van sommige vormen van sarcoïdose kunnen worden. Dat anorganische stoffen een eventuele oorzaak kunnen zijn van sarcoïdose werd verder onderstreept door prof. dr. Benoit Nemery, hoogleraar Beroepsziekte, Toxicologie en Longziekten, in Leuven.

Ondanks dat Dr. Jos Rooijkackers, longarts verbonden aan het NKAL, er niet in eigen persoon bij kon zijn, gaf hij op een zeer originele wijze een videopresentatie. Hij sprak over adembenemende contacten op de werkvloer. Middels een zeer interessante casus werd nogmaals duidelijk gemaakt hoe ontzettend belangrijk een goede anamnese is en met name een expositie-anamnese. Zo vertelde hij over een geval van talkose, geïdentificeerd na werkplekonderzoek in een chocoladefabriek. Talk werd hier toegevoegd aan een machine om ervoor te zorgen dat de chocolade niet bleef plakken. Door relatief simpele ingrepen zoals aanpassing van het productieproces en de juiste beschermingsmaatregelen zijn deze problemen nu verleden tijd.

Voordat de middag werd afgesloten werd nog een wijze les gegeven door professor dr. Angela Maas, hoogleraar cardiologie bij vrouwen en cardioloog in het Radboud UMC te Nijmegen. Zo werd ons op zeer vermakelijke wijze duidelijk gemaakt dat vrouwen geen kleine mannen zijn en dat er wel degelijk genderverschillen zijn. Prof. dr. Angela Maas voert al jaren strijd tegen de ingesleten overtuiging, van haar mannelijke collega's, dat dyspnoe en een niet-typische presentatie van ischemie geen vorm van histerie is. Cardiale ischemie bij vrouwen kent wel degelijk een ander pathofysiologisch

mechanisme omdat de afwijkingen zich vaker in de microvasculatuur bevinden. De daarmee gepaard gaande andere uitingsvorm leiden ertoe dat het helaas nog steeds vaak miskend wordt. Ze maakt zich er onder andere hard voor dat de patiënt minder als een pingpongbal tussen cardioloog en longarts heen en weer wordt geslingerd. Wat kan ik zeggen? Een cardioloog naar ons hart!

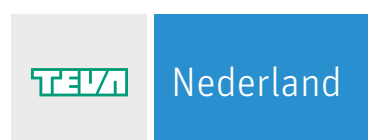
Als laatste onderdeel volgde er interactieve multidisciplinaire casuïstiek bespreking door de twee fellowsILD van het St. Antonius Ziekenhuis (dr. Sandra Been-Buck en ondergetekende) in samenwerking met radioloog dr. Jochem van Werven en patholoog dr. Cees Seldenrijk waarin naar voren kwam dat de anamnese centraal staat en een specifieke zoektocht naar eventuele expositie daarin onmisbaar onderdeel is vanILD-diagnostiek. Zoiets simpels als het wegnemen van exposities/schadelijke stoffen kan cruciaal zijn. Maar... hebben we het nu altijd bij het rechte eind als we alles zo nauwkeurig hebben uitgevraagd en onderzocht? Is een uitgebreid granulomateuze reactie met enig dubbelbrekend materiaal nou een aluminium geïnduceerd longbeeld, is het een sarcoid like reactie, noemen we het dan een soort pneumoconiose of is het toch gewoon sarcoïdose? Daarover kan eindeloos gediscussieerd worden. Is het semantiek of is het essentieel voor de uitkomst? Zelfs de professoren hadden hier het antwoord niet op. Kortom het was een mooie dag en we kijken nu al uit naar het symposium van volgend jaar!

Marian Quanjel, fellowILD
Expertisecentrum St. Antonius
Ziekenhuis



In de week van 18, 19, 20 en 21 april 2016 wordt in de Heerlijkheid in Ermelo de week van de longen georganiseerd. De Longdagen zijn in vijf jaar tijd uitgegroeid tot het nationale congres over longen en longziekten voor professionals, patiënten en publiek terwijl de Longartsenweek al 13 jaar een belangrijk onderdeel vormt van de scholing van longartsen in Nederland. Door de unieke samenwerking tussen Longdagen en Longartsenweek wordt er weer een stap gezet om interacties en kennisuitwisseling tussen alle betrokkenen te bevorderen.

De week van de longen is mede mogelijk gemaakt door:



Kandidaat-leden



Liesbeth Altink
AIOS OLVG Amsterdam



Sushil Badrising
AIOS Radboudumc



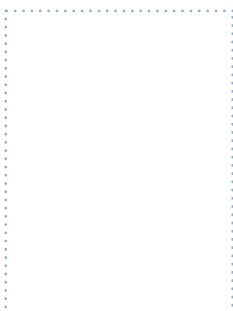
Vikaash Bajnath
AIOS Jeroen Bosch Den Bosch



Vania Baptista Lopes
AIOS Jeroen Bosch Den Bosch



Tjerk Berens
AIOS RadboudUMC Nijmegen



Marielle Blacha
AIOS Spaarne Gasthuis
Haarlem



Dana Blok
AIOS AMC Amsterdam



Anne Bressers
AIOS St. Antonius Nieuwegein



Tony Chiang
AIOS Medisch Centrum
Alkmaar



Mark de Mol
AIOS Amphia Ziekenhuis Breda



Aniek Raamsteeboers
AIOS Medisch Spectrum
Twente



Rob Schönwetter
AIOS Sint Antonius
Nieuwegein



Romina Sluga
AIOS Sint Antonius
Nieuwegein



Maarten Smeekens
AIOS Rijnstate Arnhem



Allen Steward
AIOS Martini Ziekenhuis
Groningen



Nynke van der Veen
AIOS Isala Zwolle



Adriane Vorselaars
AIOS Sint Antonius
Nieuwegein



Rolf Wolters
AIOS Jeroen Bosch Den Bosch

Nieuw benoemde longartsen

Caroline Lejuez-Becker Germans Trias i Pujol, Barcelona

Prewesh Chandoesing HagaZiekenhuis Den Haag

Mariette Goezinne MST Enschede

Lucie Kappelle Isala Zwolle

Barbara Knipscheer St. Antonius Nieuwegein

Marijke Rutten ErasmusMC Rotterdam

Simone van der Sar HagaZiekenhuis Den Haag

Janine Semeleer CWZ Nijmegen

Richtje Talma Martini Ziekenhuis Groningen

Bettine Vosse MUCM

Reinier Wener AMC Amsterdam

Nieuwe rustende leden

Albert van der Heijden Bentveld

Hans van der Lichte Goirle

Wijzigingen in uw persoonlijke gegevens kunt u doorgeven via het formulier op de website, of mailen naar: secretariaat@nvalt.nl. Denkt u hierbij in het bijzonder aan het wijzigen of opzeggen van uw lidmaatschap (b.v. van assistent naar longarts, van longarts naar rustend lid)?

Punten	Datum	Nascholing
APRIL 2016		
i.a.	1	Symposium ter gelegenheid van het afscheid van Dirkje Postma. Een en al inspiratie - Groningen (NL)
2	4	Eerste Pulmo-minisymposium "Noord - Zuid" voor longartsen - De Schiphorst (NL)
12	4	European Paediatric Life Support - Riel (NL)
6	4	SALSA (Sedatie en Advanced Life Support voor Artsen) - Zwolle (NL)
i.a.	5	Symposium "Personalized pharmacological treatment for patients with COPD" - Amersfoort (NL)
i.a.	6	Multidisciplinair Longkankerregistratie Nederland 1.0 SYMPOSIUM - Utrecht (NL)
i.a.	6	Mythen, Missers en Maatwerk Respiratoire insufficiëntie en beademing - Ede (NL)
2	7	Targeted therapie en immunotherapie bij longcarcinoom - Arnhem (NL)
12	7	Polytrauma Rapid Echo-evaluation Program 2016 - Houten (NL)
11	8	Advanced Airway Management cursus a(SAMT-IC) - Amsterdam (NL)
10	8	Masterclass Exacerbations of COPD Oxford University - Oxford (GB)
i.a.	9	Awake flexible intubation course - Amsterdam (NL)
18	11	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
i.a.	13	15 jaar Delfts Allergie Centrum, een overzicht van de nieuwste ontwikkelingen - Delft (NL)
6	13	Simulatieworkshop Geavanceerde Hemodynamische Bewaking - Nijmegen (NL)
6	13	Training MDS en KIIC volgens NICE/NVIC/NVICV - Utrecht (NL)
18	14	Euro Neuro 2016 - Barcelona (ES)
2	14	Longgeluiden - 567423 - Hengelo (NL)
12	14	Advanced Life Support 2016 - Houten (NL)
12	14	European Paediatric Life Support - Maastricht (NL)
i.a.	15	SICK Symposium Hemodynamics in Extremes
i.a.	15	BREATHING 2016. COPD and Asthma Education for Healthcare Professionals - Rome (IT)
12	18	Longartsenweek 2016 - Ermelo (NL)
12	20	Longartsenweek 2016 - Ermelo (NL)
12	19	Longdagen 2016 - Ermelo (NL)
i.a.	20	Bronchoscopic Lungvolume Reduction - Amsterdam (NL)
6	22	Pulmonale hypertensie 2016 - Utrecht (NL)
24	24	Congress of the European Association of Poisons Centres and Clinical Toxicologists (EAPCCT 2016) - Madrid (ES)
3	25	Uw problemen gaan in rook op 2.0 - Leiden (NL)
2	28	Het belang van inhalatietechnologie voor een optimale luchtwegbehandeling - P. Hagedoorn - Ugchelen (NL)
MEI 2016		
30	2	19th Annual Comprehensive Review & Update of Perioperative Echo (SCA) - Atlanta (US)
12	9	Frontiers intensive care ultrasound - Amsterdam (NL)
12	10	Basis Spoedechografie 2016 - Houten (NL)
12	12	MedicALS - Tilburg (NL)
3	12	Nascholing "Het opzetten van een palliatief zorgteam" - Beetsterzwaag (NL)
2	12	tALK about NSCLC - Utrecht (NL)
36	13	Annual Meeting American Thoracic Society (ATS 2016) - San Francisco (US)
i.a.	17	Bijeenkomst werkgroep Longtumoren, IKNL locatie Amsterdam - Amsterdam (NL)
i.a.	18	9e Nationale Voedingscongres - Ede (NL)
12	19	Advanced Life Support 2016 - Houten (NL)
12	20	Resuscitation / European Resuscitation Council (ERC 2016) - Reykjavik (IS)
i.a.	20	Symposium 'OSA Revisited' Implementation of innovations in diagnosis and treatment - Amsterdam (NL)
i.a.	20	Antibiotic Stewardship Op de Intensive Care in Nederland en Vlaanderen - Gent (BE)
18	25	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
6	27	Respiration Day 2016 - Parma (IT)
18	28	European Anesthesiology Congress / Euroanaesthesia (ESA 2016) - Londen (GB)
6	31	Emergency Management of Severe Burns - Hilversum (NL)

Punten	Datum	Nascholing
JUNI 2016		
6	1	Emergency Management of Severe Burns - Hilversum (NL)
20	2	WASOG 2016 Gdansk (PL)
i.a.	2	Nederlandstalige Tuberculose Diagnostiek Dagen - Groesbeek (NL)
12	2	Advanced HazMat Life Support 2016 - Houten (NL)
12	2	ERC/NRR Advanced Life Support (ALS) provider course - Maastricht (NL)
i.a.	6	Rotterdam ademt Chicago
19	6	Basiscursus Duikgeneeskunde voor longartsen - Kralendijk (AN)
17	7	International Vicenza Course on Critical Care Nephrology (2016) - Vicenza (IT)
	8	ECFS Conference - Basel (CH)
18	8	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
9	9	NVIC cursus Luchtwegmanagement op de IC 2016 - Houten (NL)
6	13	Advanced Life Support Herhaling 2016 - Houten (NL)
6	14	Advanced Life Support Herhaling 2016 - Houten (NL)
i.a.	14	Fundamental Disaster Management Course - Zwolle (NL)
18	14	Social Media and Critical Care Conference Dublin (SMACC DUB) - Dublin (IE)
6	15	ReCertification Course - Riel (NL)
27	16	International Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC 2016) - Boston (US)
6	16	ReCertification Course - Riel (NL)
12	16	Advanced Life Support 2016 - Houten (NL)
12	16	Masterclass Respiratory Infections - Barcelona (ES)
18	20	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	21	NVIC cursus Echografie 2016 - Houten (NL)
i.a.	24	2D Basis Echocardiografie op de IC - Eindhoven (NL)
12	30	European Paediatric Life Support - Maastricht (NL)
JULI 2016		
12	4	Advanced Life Support 2016 - Houten (NL)
12	5	MedicALS - Tilburg (NL)
SEPTEMBER 2016		
12	8	MedicALS - Tilburg (NL)
12	8	Advanced Life Support 2016 - Houten (NL)
12	8	European Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	14	NVIC cursus Echografie 2016 - Houten (NL)
6	15	Paediatric Life Support (PLS) - Riel (NL)
24	17	Congress European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN 2016) - Kopenhagen (DK)
18	19	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	19	Basis Spoedechografie 2016 - Houten (NL)
12	22	Polytrauma Rapid Echo-evaluation Program 2016 - Houten (NL)
12	26	Advanced HazMat Life Support 2016 - Houten (NL)
12	29	Advanced Life Support 2016 - Houten (NL)

Punten	Datum	Nascholing
OKTOBER 2016		
30	1	Annual Congres European Society of Intensive Care Medicine (ESICM 2016) - Milaan (IT)
6	3	Advanced Life Support Herhaling 2016 - Houten (NL)
6	4	Advanced Life Support Herhaling 2016 - Houten (NL)
12	6	European Paediatric Life Support - Maastricht (NL)
18	10	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
6	12	Emergency Management of Severe Burns - Hilversum (NL)
12	13	Advanced Life Support 2016 - Houten (NL)
30	15	Annual Meeting American Society of Anesthesiologists (ASA 2016) - Boston (US)
30	26	Infectious Diseases Week (ID week 2016) - Orlando (US)
NOVEMBER 2016		
6	3	ReCertification Course - Riel (NL)
12	3	ERC/NRR Advanced Life Support (ALS) provider course - Maastricht (NL)
6	4	ReCertification Course - Riel (NL)
18	8	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
6	9	Training MDS en KIIC volgens NICE/NVIC/NVICV - Utrecht (NL)
12	10	MedicALS - Tilburg (NL)
12	10	Advanced Life Support 2016 - Houten (NL)
i.a.	16	Fundamental Disaster Management Course - Zwolle (NL)
i.a.	17	Transthoracale echografie - Amsterdam Zuid-Oost (NL)
11	18	Advanced Airway Management cursus (SAMT-IC) - Amsterdam (NL)
9	21	NVIC cursus Luchtwegmanagement op de IC 2016 - Houten (NL)
18	23	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
20	24	Bronkhorst Colloquium - Veldhoven (NL)
12	24	European Paediatric Life Support - Maastricht (NL)
12	28	European Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	28	Polytrauma Rapid Echo-evaluation Program 2016 - Houten (NL)
12	30	ERC/NRR Advanced Life Support (ALS) provider course - Maastricht (NL)
DECEMBER 2016		
12	6	NVIC cursus Echografie 2016 - Houten (NL)
6	7	Emergency Management of Severe Burns - Hilversum (NL)
18	7	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	8	Advanced Life Support 2016 - Houten (NL)
18	12	Advanced Paediatric Life Support - Riel (NL)
12	15	Advanced HazMat Life Support 2016 - Houten (NL)
12	15	European Paediatric Life Support - Maastricht (NL)
JANUARI 2017		
30	21	Annual Meeting Society of Critical Care Medicine Congres (SCCM 2017) - Honolulu (US)
OKTOBER 2017		
30	14	Annual Meeting American Society of Anesthesiologists (ASA 2017) - Orlando (US)

Punten	Datum	Nascholing
E-LEARNING/SCHRIFTELIJKE NASCHOLING		
4		A&I Nascholingstijdschrift over perioperatieve zorg
3		BAL in the work-up of interstitial lung diseases
3		CME-Academy - Stadium IV NSCLC: diagnostiek en behandeling n.a.v. de richtlijn 2015
3		Geneesmiddeleninteracties bij longcarcinoom.
1		Masterclass CTEPH
1		Nascholing update richtlijn NSCLC 2015
i.a.		On-demand web-tv Anticoagulation in the Netherlands: are we different from the rest of the world?
2		Online nascholing Good Clinical Practice - Good Clinical Practice voor oncologisch onderzoek in de periferie
1		Online nascholing Moleculaire Diagnostiek Longkanker
1		Online nascholing Pulmonale arteriële hypertensie, module 2: endotheel en endotheline
1		Online nascholing Pulmonale arteriële hypertensie, module 3: symptomen, beloop, epidemiologie, ziekteprogressie en overleving
1		Online nascholing Pulmonale arteriële hypertensie, module 4: diagnostiek en ernstbepaling
1		Online nascholing Pulmonale arteriële hypertensie, module 5: echorichtlijnen en echodiagnostiek
1		Online nascholing Pulmonale hypertensie, module 1: definitie en classificaties
1		Online nascholing, module 7: Pulmonale arteriële hypertensie geassocieerd met aangeboren hartafwijkingen
1		Therapietrouw in Tijden van Targeted Therapie
1		Webcast Redefining outcomes in PAH
i.a.		ZiROP.nl

REFEREERAVONDEN INFORMATIE OVER DE EXACTE DATA KUNT U VERKRIJGEN BIJ DE BETREFFENDE KLINIEKEN.
ACCREDITATIE: 2 PUNTEN