

Inhoud PulmoScript maart 2006

Ten geleide	2
Bestuur.....	2
Van de bestuurstafel.....	2
Agenda ledenvergadering NVALT	4
Huishoudelijke vergadering (15.30- 17.00 uur)	4
Wetenschappelijk programma	5
Werk in Uitvoering.....	6
De REPAIR studie voor longemfyseem bij alfa-1-antitrypsine deficiëntie.....	6
Commissies, secties en werkgroepen	6
Commissie beroepsbelangen: DBC perikelen.....	6
Commissie Tuberculose	7
Nieuwsbrief van de VvAwT	7
1. Inleiding.....	8
2. Verslag ledenvergadering 13 januari 2006.....	8
5. Verslag studiedagen 13 en 14 januari 2006.....	14
Commissie Bronkhorst Colloquium	18
Wergroep Infectieziekten	19
Indidatie voor Pneumokokkenvaccinatie.....	19
Adviseurschap pulmonale infectieziekten.	20
Oproep: De Werkgroep Infectieziekten (WIZ) van de NVALT	21
Nascholing	22
<i>Lymph node involvement and survival in non-small cell lung cancer</i>	22
Samenvatting Proefschrift Edwin van Velzen.....	22
PulmoPen.....	26
Over werken in een duo-harem.	26
Ingezonden	27
Eeuwboek NVALT.	27
Cursus Interpretatie van Ergometrie	28
Vooraankondiging het congres Longen en fijnstof	29
Symposiumverslag: "behandeling en diagnostiek van bronchiëctasieën".....	30
Verslag Clinic 'Palliatieve Zorg' Liverpool 10 – 13 januari 2006	33
Voor Elck wat Wils - Cuba	34
Verslag tuberculosis clinic Kaapstad 23-29 januari	36
TBC stage in Zuid-Afrika.....	38
Eerste ERS review voor en door longverpleegkundigen	40
Prof. Dr. Jaap Swieringa prijs	42
Personalia	43
Kandidaat-leden	43

Ten geleide

Terwijl het land gegeseld wordt door sneeuw en daardoor nog langere lange files, kondigen de sneeuwkllokjes het voorjaar al aan. Zal de Elfstedentocht dit jaar nog gereden kunnen worden? Voor bij het knapperende haardvuur het voorjaarsnummer van uw PulmoScript.

De komende wetenschappelijke vergadering op 21 april vormt de aftrap van de “wetenschappelijke vergadering nieuw stijl” die in het vorige nummer van uw lijfblad werd aangekondigd. Als vanouds een themasessie, dit keer gewijd aan de rol van gamma-interferon testen in de diagnostiek van tuberculose. Hoewel reeds opgenomen in internationale richtlijnen, lijkt de plek van deze testen nog niet volledig uitgekristalliseerd. Niemand minder dan Peter Sterk is bereid gebleken om als eerste Nederlandse “toponderzoeker” zijn onderzoekslijn in bredere zin te belichten. Twee van zijn promovendi zullen aansluitend inzicht geven in lopend onderzoek van de groep. Het “klinisch relevante probleem” neemt Bart Lambrechts voor zijn rekening. Uiterst actueel, de rol van IgE bij astma en de mogelijke therapeutische implicaties hiervan nu anti-IgE behandeling beschikbaar is. Een programma een wetenschappelijke vereniging van bijna 100 jaar waardig. Ik roep u allen, namens het bestuur, dan ook op te komen op 21 april.

Nog meer goed nieuws vanuit de vereniging, de (aangekondigde) activiteiten van de werkgroep Infectieziekten. De collega's Jonkers en Boersma werpen zich op als adviseurs op afroep bij lastige pulmonologische infectieproblematiek. Een mooi en lovenswaardig initiatief. Ik weet alleen niet of het al op DBC niveau is ingedekt, werkelijk niets lijkt Remco Djamin bespaard te blijven.

Samenvatting van het proefschrift van Edwin van Velzen. Collega Van Velzen heeft met zijn onderzoek aangetoond dat door betere stadiëring van het niet-kleincellig bronchuscarcinoom nog veel te winnen lijkt. Zo heeft niet iedere positieve N1 klier dezelfde impact op de overleving van de individuele patiënt. Ook het “type lymfeklieraantasting” blijkt uit te maken.

Chris Rikers werd op listige de Pulmopen in handen gespeeld. Na lezen van zijn betoog ben ik volledig om, ik wil ook twee duobaners. Ik houd het voorlopig op vrouwen, mannen moeten zich eerst nog maar eens bewijzen ... De kern van het verhaal van Chris is echter helder, de absolute voorwaarde voor een parttime-duobaan aanstelling is dat de duobaners niet parttime parttime werken, maar fulltime! Flexibiliteit en een goed geregelde kinderopvang zijn daarbij, naar zijn ervaringsoordeel, van essentieel belang. Zijn collega's zijn daar excellente voorbeelden van, daar kunnen “gewone”parttimers een voorbeeld aan nemen. Ben nu al benieuwd naar de visie van Marc Mertens in deze.

Voor wie zich wil (na)scholen in de interpretatie van de ergometrie, wil ik wijzen op de cursus op 4 en 5 mei a.s. in het VUmc te Amsterdam.

Verslagen van symposia in binnen- en buitenland en de congresagenda completeren als vanouds deze editie van PulmoScript.

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

Paul Bresser, wetenschappelijk secretaris

Bestuur

Van de bestuurstafel

Waar eerst nog geen haan naar kraaide is nu vrijwel dagelijks onderwerp van gekakel. Gelukkig viel enkele dagen geleden een brief van het RIVM (schrijven van 17 februari) op de mat omtrent de aviaire influenza A H5N1. De brief bevat waardevolle informatie en verwijzingen.

Met specialisten binnen en buiten onze vereniging op het gebied van infectieziekten zal worden nagegaan hoe deskundigheid kan worden gebundeld en u meer specifiek kan worden ondersteund indien de aandoening zich bij mensen voordoet.

Op 28 november heeft mevrouw mr. W. Sorgdrager, voorzitter van de Stuurgroep Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (MOBG) het advies 'Eenheid in verscheidenheid' aangeboden aan de minister van VWS. Kern van het advies is de oprichting van een College voor alle beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg (CBOG) die structuur moet bieden aan de beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg. Op het gebied van uitvoering en financiering van de opleiding evenals de registratie vormt het rapport een rechtstreekse bedreiging voor de bevoegdheden van de wetenschappelijk verenigingen (WV). De OMS probeert te voorkomen dat de WV hierin worden beknot. Het advies is na te lezen op www.mobg.nl.

Het bestuur NVALT wil dat de vereniging optimaal invloed kan uitoefenen op het beleid rondom de dure geneesmiddelen. Dit is mogelijk door nieuwe ontwikkelingen op het gebied van medicamenteuze therapie op de voet te volgen en in een vroeg stadium een duidelijke visie van de beroepsgroep te ontwikkelen. Hierbij zullen medisch inhoudelijke, economische en maatschappelijke aspecten, waaronder kosten-effectiviteit en effecten op budgetten moeten worden afgewogen. Daarom heeft het bestuur aan de Commissie Beroepsbelangen (CBB) gevraagd een projectgroep 'dure geneesmiddelen' in te stellen. Meer informatie volgt tijdens de ledenvergadering op 21 april.

Het bestuur zoekt samen met de Werkgroep Oncologie en externe adviseurs naar een goede juridische en fiscale structuur voor de NVALT-studies. Afbakening van inhoudelijke en financiële verantwoordelijkheden is van groot belang en vraagt een aparte constructie. Deze voorziet in het oprichten van aparte stichtingen. Het streven is deze zo in te richten dat in de toekomst soortgelijke studies hiervan kunnen profiteren. Het voorstel wordt nader toegelicht tijdens de komende ledenvergadering.

Het aanbod van nascholingsprogramma's is groot. Hoewel dit getuigt van een grote inzet komen grenzen in zicht als het aantal deelnemers tegenvalt of als meerdere activiteiten op dezelfde dag worden gepland. Helaas is dit laatste de afgelopen maanden een paar maal voorgekomen. Het vormt begrijpelijkerwijs een bron van irritatie en bovendien een hoop extra werk om programma's te verzetten. Het bestuur drukt iedere organisator op het hart vooraf met het secretariaat te overleggen welke datum het meest geschikt is. Inmiddels heeft overleg met de Sectie School voor Longziekten plaatsgevonden over centrale coördinatie van alle nascholingsactiviteiten en de wijze waarop deze ondersteund kunnen worden. Een voorstel hiertoe zal worden uitgewerkt.

Het bestuur heet Wilma van Gemert van harte welkom op het secretariaat, dat met haar komst eindelijk weer op volle sterkte is. Zij zal zich gaan bezighouden met de website, die een steeds belangrijkere rol gaat spelen in de communicatie binnen de vereniging en dus alle aandacht verdient.

Zoals aangegeven worden vele onderwerpen verder besproken tijdens de ledenvergadering, waar ik u dan ook hoop te ontmoeten.

Jos Rooyackers
secretaris

Agenda ledenvergadering NVALT

Vrijdag 21 april 2006

Irenezaal, jaarbeurs te Utrecht

let op: locatie Hallencomplex- 1^e etage

U bent bereikbaar via telefoonnummer 030 - 2955911

Huishoudelijke vergadering (15.30- 17.00 uur)

1. Opening
2. Notulen vergadering 14 oktober 2005 (zie PulmoScript nr 4 -2005 pag. 7 e.v.)
3. Mededelingen vanuit het Bestuur
 - nieuwe structuur NVALT-studies
4. Mededelingen vanuit de Commissie Beroepsbelangen
 - projectgroep dure geneesmiddelen
5. Mededelingen vanuit het Concilium
6. Mededelingen Commissie Richtlijnen
 - aanpassing huishoudelijk reglement
7. Mededelingen vanuit de Commissie Visitatie Longziekten
 - accorderen nieuw model visitatie (website www.nvalt.nl)
8. Mededelingen vanuit de Nederlandse Longstichting
9. Financieel verslag 2005 en begroting 2006
10. Accorderen richtlijn "Behandeling Latente Tuberculose-infectie"
11. Verkiezingen:

a. Bestuur

Prof.dr. J-W.J. Lammers treedt af, hij wordt opgevolgd door dr. P.J. Wijkstra

De zittingstermijn van Prof.dr. H.A.M. Kerstjens is verstreken, hij stelt zich niet herkiesbaar.

b. Concilium

De zittingstermijn van Prof.dr. H.A.M. Kerstjens is verstreken, hij stelt zich niet herkiesbaar.

Hij wordt opgevolgd door Prof.dr. P.N.R. Dekhuijzen.

In het Concilium worden tevens benoemd drs. E.G.M. Cobben-Beld en dr. J.B. Wempe.

c. Commissie Beroepsbelangen

De zittingstermijn van drs. N.G.M. van 't Hullenaar en dr. A. Rudolphus is verstreken, zij stellen

zich herkiesbaar.

d. Commissie Cursorisch Onderwijs

De maximale zittingstermijn van drs. G.P.M. Mannes is verstreken, hij wordt opgevolgd door

dr. H.B.Kwa. De zittingstermijn van drs. C.S. de Graaff is verstreken, hij stelt zich niet

herkiesbaar en wordt opgevolgd door dr. R.E. Jonkers. De zittingstermijn van Prof.dr. K.F.

Rabe is verstreken, hij stelt zich niet herkiesbaar.

e. Commissie Tuberculose

De zittingstermijn van drs. M.J. van Henten is verstreken, hij stelt zich herkiesbaar.

f. Sectie School voor Longziekten

Dr. J.J. Klein treedt af als voorzitter, hij wordt opgevolgd door Prof.dr. J-W. J. Lammers

Tegenkandidaten kunnen tot een week voor de vergadering worden aangemeld bij het secretariaat.

12. Voorstellen kandidaat-leden (zie pag. 38)

13. Wat verder ter tafel komt en rondvraag

14. Sluiting

Wetenschappelijk programma

- 08.30 uur *ontvangst*
- 09.00 uur J.H. van Loenhout-Rooyackers, GGD, Nijmegen
Richtlijn Latente Tuberculose
- 09.30 uur Thema sessie: Tuberculose diagnostiek anno 2006
B. Mulder, microbioloog, Enschede
Technische aspecten gamma-interferon testen
S. Arend, internist-infectioloog, Leiden
Klinische aspecten gamma-interferon testen
Commissie Tuberculose NVALT
Plaats van gamma-interferon testen anno 2006
- 10.30uur *Pauze (bezoek aan expositie)*
- 11.00 uur J.W.K. van den Berg, Isala klinieken, Zwolle
Evaluatie van een hoestpoli
- 11.15 uur A. Huisman, Isala klinieken, Zwolle
**Validatie van de Nederlandse vertaling van de Leicester Cough
Questionnaire, een hoestspecifieke kwaliteit van leven vragenlijst**
- 11.30 uur B.N.M. Lambrecht, Erasmus mc, Rotterdam
Rol van IgE bij astma : van pathogenese tot behandelingstarget
- 12.15 uur *lunch (bezoek aan expositie)*
- 13.15 uur M.E. Erasmus, cardiothoracaal chirurg, UMCG, Groningen
**Het gebruik van marginale heart-beating donoren en non-heart-beating
donoren voor longtransplantatie**
- 13.30 uur “Wetenschappelijk onderzoek in Nederland”

P.J. Sterk, LUMC, Leiden
Zijn astma en COPD wel ontstekingsziekten?

A.M. Slats, LUMC, Leiden
T.S. Lapperre, LUMC, Leiden
Huidige projecten ...
- 15.00 uur *pauze (bezoek aan expositie)*
- 15.30 uur Huishoudelijke vergadering
- 17.00 uur Afsluiting met borrel en hapje

Werk in Uitvoering

De REPAIR studie voor longemfyseem bij alfa-1-antitrypsine deficiëntie.

Sinds November 2005 is de REPAIR studie geopend voor patiënten met type ZZ alfa-1-antitrypsine deficiëntie en longemfyseem. REPAIR staat voor *Retinoids in Emphysema Patients and Alpha1 International Registry*. Deze gerandomiseerde, placebo gecontroleerde studie bestudeert het effect van retinoid-receptor agonisten van het gamma type. Retinoid receptoren van het gamma type komen vooral in de long en de huid voor en zijn verantwoordelijk voor groei van weefsel. Doel van de studiemedicatie is om alveolaire groei tot stand te brengen in een proof-of-concept studie.

Studiekenmerken:

- Internationale, multicenter studie open voor 360 patiënten tot december 2006.
- Drie centra in Nederland: Almelo, Hornerheide/Maastricht en Leiden
- Studieduur: 1 jaar
- Patiëntenpopulatie: alfa-1-antitrypsine deficiëntie met emfyseem
- Meer informatie is te vinden op www.aatregistry.org onder de Nederlandse vlag.

Aanmelden van patiënten bij:

g.mannes@zgt.nl of evacreutzberg@proteion.nl of j.stolk.long@lumc.nl

Commissies, secties en werkgroepen

Commissie beroepsbelangen: DBC perikelen

Recent is een aantal wijzigingen doorgevoerd in de DBC-systematiek.

Kort consult: De introductie van het kort consult is hierbij voor de longarts het meest van belang. Deze DBC is van toepassing, indien een patiënt gedurende een jaar slechts één maal gezien wordt door de longarts en het aanvullend onderzoek niet meer dan €100,- per verrichting bedraagt. Voor de gemiddelde longarts wordt een substantieel deel van de gedeclareerde DBC's gevormd door deze korte consulten, waarvoor een honorariumcomponent van €70,- gaat gelden (huidige honorarium is €101,50). Aangezien deze maatregel budgetneutraal zou moeten worden ingevoerd, dienen de overige DBC's te worden opgeplust. Dit gebeurt met terugwerkende kracht per 1 mei 2006 en het is onduidelijk hoe de compensatie gaat plaatsvinden. Uiteraard hebben wij met kracht bij DBC-onderhoud geprotesteerd tegen de uitwerking van deze maatregel, gezien de onzekere uitkomst met mogelijk negatieve effecten voor de honorering.

Intensive care: Op dit moment is er geen financiering van de IC-kosten middels DBC's. Voor ons als longartsen bestaat er wel de mogelijkheid om de IC-activiteiten te registreren via de overige producten en hier is zelfs een honorarium aan gekoppeld. U mag deze overige producten echter niet declareren. Het werk op de IC doet de longarts nu dus om niet. Ook hiervoor vragen wij voortdurend aandacht bij DBC-onderhoud.

Overige producten: Longfuncties voor derden (huisartsen) mag u wel declareren. Binnen de diverse DBC-modules is er echter geen goede registratiemogelijkheid. Vooralsnog kunt u het beste via de verrichtingenregistratie van uw ziekenhuis een en ander afhandelen.

B-segment: Dit zal in 2006 niet worden uitgebreid. Voor de longziekten blijft dit dus uit de interstitiële afwijkingen bestaan. De opschoning van de lumpsum 2005 voor deze aandoeningen blijkt een groot probleem, gezien het ontbreken van een goede registratie in 2004 en het ontbreken van een kenmerkende verrichting.

Uurloon: Op dit moment geldt voor het B-segment nog het macrobudgetair neutrale uurloon van €140,-. Voor het A-segment is dit een specialismespecifiek uurloon. Dit is dus voor de longarts anders dan voor bijvoorbeeld de cardioloog en bedraagt voor de longarts €105,-.

Vershil lumpsum-DBC-omzet: Mij bereiken uit diverse klinieken geluiden dat er een groot verschil is tussen gedeclareerde DBC-omzet en lumpsum. Er is een aantal factoren die dit gat kunnen verklaren. De registratie is in een aantal gevallen nog niet optimaal en loopt bovendien achter. Wij hebben veel vervolg DBC's, waarbij pas na afsluiten (na een jaar) gedeclareerd wordt. Desondanks verontrusten deze signalen mij zeer en vragen wij hiervoor wederom aandacht bij DBC-onderhoud en de Orde van Medisch Specialisten.

Registratie: Er is een aantal knelpunten, waarbij de registratie van de slaapgerelateerde stoornissen, de pleurale afwijkingen en de longchirurgie steeds terugkomen. Momenteel wordt er aan gewerkt om tot een oplossing hiervan te komen. Zodra de oplossingen gevonden zijn zullen we deze op de NVALT-website publiceren.

Al met al kan ik nog niet warmlopen voor de DBC-systematiek en denk ik dat wij moeten oppassen er straks (na 2007) financieel niet op achteruit te gaan, waarbij we bovendien de last van een uitgebreide administratie moeten dragen.

Remco Djamin, voorzitter Beroepsbelangencommissie

Commissie Tuberculose

Stellingen ledenvergadering 21 april 2006.

Graag uw aandacht voor de volgende stellingen.

Tijdens de wetenschappelijke vergadering zal dit ook aan de orde komen.

1. Ondanks het feit dat men gammainterferon test voor humane TBC in internationale richtlijnen reeds een plaats heeft toegewezen, is de commissie tuberculose van de NVALT van mening dat vooralsnog de waarde en plaats van de gammainterferon test voor humane TBC voor de Nederlandse situatie onvoldoende duidelijk is om deze test, los van de bestaande TBC diagnostiek te gaan implementeren.
2. Lopende onderzoeken zoals het Predict(KNCV Tuberculosefonds) en Superonderzoek (Zeist) zullen mogelijk op niet al te lange termijn in deze meer duidelijkheid kunnen gaan verschaffen.
3. Een negatieve gammainterferon test voor humane TBC sluit een (latente) TBC niet uit.
4. Een positieve gammainterferon test voor humane TBC kan, tezamen met de gebruikelijke diagnostische procedures, helpen bij de diagnostiek van een (latente) TBC.
5. De interpretatie van een gammainterferon test moet geschieden door een arts met ervaring met TBC diagnostiek en behandeling.

Namens de tuberculose commissie,

Paul van der Valk, voorzitter.

Ineke van Haften-van der Schee, secretaris

Nieuwsbrief van de VvAwT

(Vereniging voor Artsen werkzaam in de Tuberculosebestrijding)

Zesde jaargang nummer 1, maart 2006

Inhoud

1. Inleiding
2. ledenvergadering 13 januari 2006
3. TBC-pen
4. Samenwerking Internationale Tuberculosebestrijding
5. Verslag studiedagen 13 en 14 januari 2006, 's-Hertogenbosch

1. Inleiding

Dit wordt dan het eerste nummer van 2006, wetende dat 2005 voor de VvAwT een bijzonder jaar is geweest. In 2005 werd een begin gemaakt met het door VWS ingezet beleid van regionalisering van GGD'en. Voor een wetenschappelijke vereniging betekent dit een heroriëntatie in het werkveld, maar ook gevraagd en ongevraagd anticiperen op nieuwe beleidsontwikkelingen. Tevens werd vanuit de NSPOH en de KNMG in 2005 een begin gemaakt met de nieuwe opleiding voor arts M&G waarvoor de opleidingscommissie van de VvAwT een opleidingsplan heeft samengeteld. De volledige opleiding voor arts tuberculosebestrijding duurt in het nieuwe model 4 jaar. Als VvAwT een uitdaging voor de toekomst om bij een dalende tuberculose-incidentie nieuwe artsen te enthousiasmeren voor de nieuwe opleiding M&G.

2. Verslag ledenvergadering 13 januari 2006

1. Opening

De voorzitter heet een ieder van harte welkom. Een speciaal welkom voor 2 nieuwe leden te weten de heer Ahmed, mevrouw L. Robertus en de heer W. Stoop.

2. Mededelingen

Wieneke Meijer deelt mee dat de nummering van de agenda niet klopt. Er zijn 12 punten. Tevens deelt zij mee dat Erik Huisman is weggeroepen in verband met de geboorte van zijn kind. Hij had willen melden dat de website niet van de grond komt. Is er een lid die de opzet en het bijhouden van een website op zich wil nemen? Niemand meldt zich, dit onderwerp komt voorlopig niet meer op de agenda. **(actiepunt 1)**

Er is een nieuwe CAO gemeente, deze staat vermeld op www.artsennet.nl en wordt meegestuurd met de notulen. **(actiepunt 2)**

3. Notulen Algemene Ledenvergadering van 14 juni 2005 en actielijst

Tekstueel pagina 1:

Mevrouw Baars meldt dat haar naam verkeerd gespeld is. Het moet Hennie Baars worden.

Pagina 2:

Marion Alink zit in de kascommissie in plaats van Marion Brouwer.

Inhoudelijk pagina 1:

Punt 11. Ineke van Haeften, Joke van Loenhout, Rob van Hest, Henk van Deutekom en Paul van Gerven vertegenwoordigen de VvAwT in de Commissie Tuberculose van de NVALT

Pagina 2:

Punt 4. Opleidingscommissie: Margreet Kamphorst.

Actielijst:

Punt 2: er is een bedankbrief gekomen van Jaap Veen.

Punt 4: Wieneke Meijer heeft zich nooit gehouden aan het maximum aantal woorden voor de Pulmoscript.

Punt 13: Per 1-1-2007 is het lidmaatschap NPHF opgezegd en de Koepel geadviseerd overkoepelend lid te blijven.

Punt 17: is gecorrigeerd.

4. Voordracht nieuw bestuurslid

Het bestuur heeft Siep van Kuijk bereid gevonden bestuurslid te worden van de VvAwT.

De leden gaan hiermee akkoord. **(actiepunt 3)**

Het bestuur wil nog een tweede bestuurslid toevoegen. Als iemand geïnteresseerd is kan hij of zij zich melden bij een van de bestuursleden. **(actiepunt 4)**

Wieneke Meijer heeft het voorzitterschap van Inez Draaijer overgenomen. Haar termijn loopt dit jaar af en zij overweegt of zij door zal gaan. De leden zullen unaniem instemmen met verlenging van haar termijn. **(actiepunt 5)**

5. Wijziging statuten en huishoudelijk reglement VvAwT

Er zijn het afgelopen jaar nogal wat wisselingen geweest in het bestuur. Een aantal zaken moeten formeel worden vastgelegd, o.a. de inschrijving bij de KvK, de bankzaken en er zijn een aantal statutaire wijzigingen.

Marcel Berkel geeft aan dat het bestuur het huishoudelijke reglement tegen het licht wil houden, zo ook het reglement van de NVALT. **(actiepunt 6)** Zodra e.e.a. is afgerond zal informatie met voorstellen en discussiepunten per e-mail of per post naar de leden worden gezonden. Ieder lid kan dan commentaar leveren. **(actiepunt 7)**

6. Contributie

In de statuten en het huishoudelijke reglement staan punten met betrekking tot contributieregeling binnen de NVALT en de restitutie naar de VvAwT.

Het bestuur zal de NVALT voorstellen deze punten aan te passen zodat er duidelijkheid komt. **(actiepunt 8)**

Hierover volgt informatie. **(actiepunt 9)**

De korting op de contributie geldt voor aios

De heer van der Loo vindt dat de contributie te hoog is voor arts assistenten-TBC.

Marcel Berkel zegt dat de vereniging niet aan inkomenspolitiek doet. Het bestuur wil dat de NVALT de statuten aanpast zodat er duidelijkheid komt. Het verschil en de strijdigheden moeten worden aangepast. De hoogte van de contributie wordt bepaald door de NVALT.

Mevrouw van Haeften geeft aan dat iedereen die werkzaam is bij een GGD automatisch B-lid wordt van de NVALT en minder contributie betaalt.

Mevrouw Cerda de Palou zegt dat de contributie en scholing in veel gevallen door de GGD betaald wordt.

7. Nieuwe opleiding

Wieneke Meijer dankt Vincent Kuyvenhoven en Margreet Kamphorst voor de tijd en energie die zij hebben gestoken in het samenstellen van het document: informatie nieuwe opleiding M&G.

Dit document kan aan verandering onderhevig zijn.

Margreet Kamphorst geeft aan dat professionaliteit hoog in het vaandel staat van de werkgever, in haar geval de gemeente Rotterdam. De nieuwe opleiding zal leiden tot verwerven van de nodige competenties. De nieuwe opleiding bestaat uit 2 fasen van 2 jaar.

De eerste fase is beroepsgericht, de tweede fase bestaat uit een brede opleiding tot regie en management in maatschappij en gezondheid en bevat minstens 4 maanden wetenschappelijk onderzoek.

Voor de eerste fase is de opleiding wat bijgesteld. Aanpassing op de stages bij de GGD.

Voorstel om de stage voor GGD met meer dan 120 patiënten op 14 weken, de stage backoffice wordt 26 weken.

Henk van Deutekom geeft aan dat er niet zoveel GGD'en zijn met 120 patiënten. Hij vraagt of hier over is nagedacht.

Vincent van Kuyvenhoven zegt dat deze beroepsgroep de enige is die de stage/opleiding niet doet bij de GGD-werkgever. Er is wel over nagedacht maar er is nog geen oplossing voor gevonden.

De opleiders en beoogde opleiders zullen op 10 februari a.s. bij elkaar komen om over deze zaken van gedachten te wisselen. **(actiepunt 10)**

Gerard de Vries geeft aan dat er serieus moet worden nagedacht als de GGD zegt dat er geen plaats is voor een stagiaire. Hij vindt dat er moet worden vastgelegd dat er bij bepaalde GGD'en plaatsen moeten worden gecreëerd. **(actiepunt 11)**

Vincent Kuyvenhoven zegt dat de inhoud van de opleiding zal bestaan uit bijv. 40 weken grote stad of 26 weken backoffice Brabant en dan 14 weken in een grote stad voor de supervisie, er moet steeds iemand naast zitten.

Joke van Loenhout vraagt of er een mogelijkheid is om stage te gaan lopen in het Erasmushuis. Margreet Kamphorst denkt dat het wel mogelijk is, deze mogelijkheid zal nog worden uitgediept en meegenomen naar de volgende vergadering. **(actiepunt 12)**

Joke van Loenhout vraagt of de kosten voor de opleiding ten kosten komen van de GGD.

Vincent van Kuyvenhoven zegt dat het reglement van het Van Geunsfonds een zaak is van de GGD zelf. Het fonds is vooral bedoeld voor de kosten bij afwezigheid van de arts voor een klinische stage. De toekomst van het Van Geunsfonds staat ter discussie.

Agnes Gebhard vraagt zich af waarom de financiering een probleem is. Kan er geen geld gevraagd worden aan de GGD die opleidt. Dit is nu al zo, waarom in de toekomst ook niet.

Nico Oudhoorn zegt dat VWS op dit moment praat over een nationaal opleidingsfonds.

Wieneke Meijer zegt dat VWS dit fonds heeft bedacht. Een groep mensen uit allerlei gelederen zijn hiermee bezig. VvAwT wordt hierbij vertegenwoordigd door de Koepel. De Koepel was geen gesprekspartner maar agendalid.

Vincent van Kuyvenhoven zegt dat men niet teveel moet verwachten van dit opleidingsfonds.

GGD Nederland is de partner. Vragen over vergoeding kosten stageperiode bij een grote GGD, kunnen worden ingebracht bij GGD Nederland.

Paul van Gerven vraagt zich af of de leden niet eerst moeten aangeven of ze achter het voorstel staan.

Sytze Keizer vraagt zich af of 14 weken stage genoeg is.

Margreet Kamphorst geeft aan dat het eerst 6 weken was. Maar de tekst in het document kan veranderd worden in minimaal 14 weken. Dit wordt verder besproken in de vergadering met de GGD'en.

Margreet: na de 1^o fase komt er een afronding dan vindt er een vorm van registratie plaats. Op dit moment is het TBC arts.

Verschillende mogelijkheden: geen titel na 1^o fase. Er zijn misschien artsen die niet doorgaan na 2 jaar.

Rob van Hest zegt dat de minimale opleiding voor arts Maatschappij en Gezondheid in Europa 4 jaar is. Na 2 jaar heb je geen Europese geldigheid.

Joke van Loenhout is bang dat bij een registratie na 2 jaar de GGD'en iemand in dienst nemen die onvoldoende verdieping heeft, zij is bang voor oppervlakkigheid.

De heer Haddad mist een uitgebreide kennis aan epidemionologie. Om volledig TBC-arts te kunnen zijn, moet je die kennis hebben.

Kees van der Loo is voorstander van de registratie na 2 jaar. Hij vindt dat je dan een stuk bagage mee krijgt en de rest in praktijk leert.

Margreet Kamphorst vindt het een degradatie van het vak om de opleiding 2 jaar te laten duren.

Wieneke Meijer vindt dat de VvAwT het standpunt moet innemen dat een 2-jarige opleiding niet voldoende is. **(actiepunt 13)** Vincent Kuyvenhoven vult aan dat bij een 2-jarige opleiding de arts slechts een beperkt aantal werkzaamheden kan verrichten. Hij kan slechts een paar competenties uitvoeren.

Conny Erkens vraagt of bij een 2-jarige opleiding alleen de leidinggevende functies niet uitgevoerd kunnen worden.

Vincent Kuyvenhoven zegt dat je na 2 jaar de regierol in de public health leert.

Voorstel van het bestuur is; aansluiten bij regelgeving zoals hij nu is.

Wieneke Meijer concludeert dat er weinig keus is. Of de leden gaan akkoord met 2 fasen of de leden gaan voor 2 jaar zonder titel. Zij verzoekt de leden deze conclusie door te geven aan de werkgevers. **(actiepunt 14)**

Margreet Kamphorst stuurt een e-mail met aanpassingen met de vraag binnen gestelde termijn te antwoorden. Geen antwoord betekent instemming. **(actiepunt 15)**

Henk van Deutekom vraagt zich af wie er in de toekomst artsen in dienst gaat nemen om op te leiden.

Vincent van Kuyvenhoven antwoordt dat in principe alle GGD'en artsen in dienst gaan nemen om op te leiden. Hij zal zich beraden over de mogelijkheid om bij de opleidingseisen de randvoorwaarden op te nemen. **(actiepunt 16)**

8. Stand van zaken KAMG en KNCV

Wieneke Meijer: het laatste half jaar is bij de Koepel het opleidingsfonds aan de orde gekomen. Er is een bestuursconferentie geweest met doel te achterhalen of alle deelnemers binnen de koepel de overeenkomst erkennen en er iets mee doen.

In 2006-2008 moet e.e.a. concretere vorm krijgen.

Er moet 1 opleiding van de grond komen voor een arts Maatschappij en Gezondheid

Belangrijk is ook dat er een consilium komt waarin een praktijkopleider van elk specialisme zitting heeft.

Er is een nieuwe bureaufunctionaris aangesteld.

De jeugdartsen geven aan dat de ambitie voor een 4-jarige opleiding laag is.

Vincent Kuyvenhoven heeft geen mededelingen van de KNCV.

9. Stand van zaken commissies

Bestuur VvAwT: er is een nieuwe penningmeester, een nieuw bestuurslid en het bestuur is op zoek naar nog een nieuw bestuurslid.

Nascholingscommissie: geeft aan dat ze morgen uitsluitsel geven of de groep doorgaat. Als er iemand belangstelling heeft toe te treden tot de nascholingscommissie, kan hij of zij zich melden bij Marian Visser.

Accreditatiecommissie: Betty Cerda de Palou legt haar functie neer. Doordat de accreditaties worden toegekend door de Koepel is het voldoende om met 2 leden door te gaan.

Reisstipendia: Maurits Verhagen wordt opgevolgd door Marcel Berkel.

Kascommissie: Betty Cerda de Palou en Marion Alink blijven lid van de kascommissie.

Opleidingscommissie: Miranda Brouwer wordt toegevoegd. **(actiepunt 17)** Vincent Kuyvenhoven wil deze functie beëindigen en graag een van de opleiders terug zien in de opleidingscommissie.

Onderwijscommissie Koepel: Margreet Kamphorst in plaats van Miranda Brouwer.

Plenaire visitatiecommissie: geen bijzonderheden.

NPHF: lidmaatschap wordt beëindigd. **(actiepunt 18)**

LAD: geen bijzonderheden

SGRC: Kees van der Loo heeft een zittingsperiode, niet vanuit de VvAwT maar vanuit de Koepel.

Marion Alink is lid vanuit de VvAwT en is gekoppeld aan een ander lid van de Koepel. Zij is benoemd door de Koepel.

NVALT: Marlies Mensen met Vincent Kuyvenhoven als plaatsvervanger.

10. Benoeming Jaap Veen als erelid VvAwT

Jaap Veen heeft schriftelijk bedankt, kon niet aanwezig zijn. Hij hoopt zo snel mogelijk bij een vergadering aanwezig te zijn.

11. Rondvraag

Joke van Loenhout bedankt Maurits Verhagen.

Gerard de Vries heeft mail gekregen van de NSPOH dat de opleiding 3 maanden is uitgesteld.

Hij wil een signaal vanuit de beroepsgroep dat de leden zich zorgen maken. **(actiepunt 19)**

Vincent Kuyvenhoven zegt dat weinig leden geloofd hebben dat de opleiding daadwerkelijk per 1 januari 2006 zou starten en adviseert een signaal te geven richting Koepel.

Agnes vraagt of er bijvoorbeeld via de Erasmus Universiteit gedeelten van de opleiding of gelijkwaardige cursussen gevolgd kunnen worden. Margreet Kamphorst zegt dat de basiscursus op 1 januari 2006 zou starten. Deze cursus heb je nodig om verdere gedeelten te volgen.

Individuele personen die in problemen komen kunnen contact opnemen met Margreet Kamphorst.

21 april 2006 promoveert Henk Deutekom in Amsterdam. **(actiepunt 20)**

12. Sluiting

Om 18.15 wordt de vergadering gesloten.

Deze notulen moeten in de volgende ledenvergadering nog worden besproken en goedgekeurd.

3. TBC-pen door Gerard de Vries

Na zes tropenjaren in Zambia en Ghana rolde ik in 1999 in de tuberculosebestrijding in Rotterdam. Niet geheel verwonderlijk gezien het aandeel dat tuberculose (TBC) in de kliniek in ontwikkelingslanden heeft, met elk jaar circa 250 nieuwe TBC-patiënten in de ziekenhuizen waar ik werkte. De ervaring in de kliniek, management en public health is voor veel ex-tropenartsen een goede basis voor een carrière in de Nederlandse volksgezondheidszorg. Ook de bijzondere ervaring van wonen en werken in een ander land en cultuur komt mij dagelijks goed van pas bij de behandeling van TBC-patiënten in Rotterdam, waarvan $\frac{3}{4}$ een buitenlandse afkomst heeft.

Een fascinerend aspect in de Nederlandse tuberculosebestrijding is de moleculaire epidemiologie. Al ruim tien jaar wordt een stukje DNA van TBC-bacteriën door het RIVM geanalyseerd en bestaat er een landelijke database met vele duizenden verschillende fingerprints van deze TBC-bacteriën. Dit levert relevante informatie op voor een setting als Rotterdam waar we te maken hebben met een groot aantal patiënten: 224 nieuwe patiënten in 2004. Fingerprinting laat zien dat TBC over kan "springen" van de ene risicogroep naar de andere. Zo werd midden jaren negentig bij een aantal Kaapverdianen TBC vastgesteld met dezelfde fingerprint (cluster 510). Via een drugsverslaafde Kaapverdiaanse patiënt kon de bacterie zich verspreiden naar andere harddrugsgebruikers en daklozen. Deze waren op hun beurt weer bron van nieuwe gevallen onder deze risicogroep, maar ook bij hun familieleden, kennissen en hulpverleners. Het cluster omvat op dit moment ruim 140 patiënten en is verreweg het grootste cluster in Nederland. Deze clustergegevens konden bestuurders overtuigen financiële middelen beschikbaar te stellen voor een aanpak van systematisch tuberculoseonderzoek van harddrugsgebruikers en daklozen. Inmiddels is het screeningsprogramma drie jaar uitgevoerd, zijn ruim 8.000 longfoto's gemaakt en zien we een halvering van TBC-patiënten onder deze risicogroep. Het cluster 510 groeit in het geheel niet meer met drugsverslaafde patiënten. Continuering van screening is zeker gewenst, omdat

clusterinformatie ook laat zien dat transmissie van nieuwe (en ook resistente) bacteriën onder deze risicogroep plaats vindt.

Mijn interesse heeft zich inmiddels omgezet in een wetenschappelijk onderzoek naar het gebruik van fingerprint informatie wat over twee jaar moet resulteren in een promotie. Mijn persoonlijke uitdaging is om de opgedane kennis en ervaring in de toekomst in te zetten voor tuberculosebestrijding elders in de wereld, want het blijft wel erg schrijnend dat ontwikkelingslanden met 10-50 x hogere incidenties slechts een fractie van "onze" middelen hebben...

Gerard de Vries, Hoofd sectie tuberculosebestrijding, GGD Rotterdam e.o.

4. Samenwerking Internationale Tuberculosebestrijding Nederland - Engeland

Rob van Hest, tuberculose-arts/epidemioloog

GGD Rotterdam en University College London Hospitals NHS Trust

Is tuberculosis taken seriously in the United Kingdom?

Een met Nederland min of meer gelijke tuberculose (TBC) incidentie in het Verenigd Koninkrijk (UK) van ongeveer 13/100.000 inwoners landelijk en 35/100.000 in de grote steden zou kunnen suggereren dat de TBC-bestrijding in de UK ook vergelijkbaar is met die in Nederland. Dit is echter niet het geval. In de UK bestaan geen afdelingen TBC-bestrijding zoals op de GGD'en in Nederland en de diagnostiek en behandeling wordt alleen verricht door medisch specialisten (niet altijd longartsen) in de ziekenhuizen. Deze activiteiten zijn echter versnipperd over vele instituten, sommige met veel en andere met minder ervaring. Klinische, sociaal-verpleegkundige, röntgenologische en surveillance faciliteiten bevinden zich meestal niet onder één dak, hetgeen de effectiviteit van opsporing én uitbehandeling van TBC-patiënten niet bevordert.

Maar er zijn meer verschillen. In Nederland is screening op TBC wettelijk verplicht voor bijvoorbeeld immigranten afkomstig uit landen waar TBC nog vaak voorkomt, alsmede voor asielzoekers. Dit landelijk programma heeft een hoge dekkingsgraad en dito opbrengst. In Engeland, heeft deze TBC screening een minder verplicht karakter en is niet gekoppeld aan het verlenen van een verblijfsvergunning of opname in een asielprocedure. Het resulteert in een willekeurige screening op de plaats van binnenkomst of later in de verblijfplaats met een aanzienlijk onvolledige dekkingsgraad. Gedetineerden worden in Nederland gescreend met thoraxfoto's maar in de UK vaak slechts door middel van een vragenlijstje. Screening van daklozen en harddrugs gebruikers gebeurt mondjesmaat en mobiele röntgenbussen zijn niet aanwezig.

Wel neemt de laatste 20 jaar in Engeland en Wales het aantal TBC-patiënten geleidelijk aan toe, van 5.000 patiënten per jaar in 1987 tot 6.861 aangegeven patiënten in 2002. Hiervan kwamen 2.986 patiënten uit Londen (ofwel 44% van het totale aantal patiënten in Engeland, Wales en Noord-Ierland) en de voorlopige cijfers voor Londen in 2003 laten 3,097 aangiften zien.

De laatste 20 jaar is ook in Engeland en Wales, en dan vooral in Londen, de epidemiologie van TBC beduidend verandert. De ziekte komt nu steeds vaker voor binnen groepen mensen die moeilijker toegang hebben tot medische en sociale voorzieningen. De cijfers voor Londen tonen dat 17% van de TBC-patiënten dakloos is en 21% zijn vluchteling of asielzoeker. Velen zijn ex-gedetineerde. Helaas zijn, in afwezigheid van GGD-afdelingen TBC-bestrijding, de versnipperde TBC-faciliteiten in de ziekenhuizen niet ingesteld op de speciale zorg voor deze kwetsbare

groepen mensen. Het resultaat is regelmatig grote uitbraken van TBC, ook met resistente bacteriën. Door middel van DNA-fingerprinting zijn inmiddels grote clusters patiënten vastgesteld, bijvoorbeeld met eerdere detentie als gemeenschappelijk factor; het bewijs van een falend bestrijdingsbeleid om patiënten snel op te sporen en verdere transmissie van TBC te voorkomen. Een meer proactieve benadering voor snelle diagnostiek en vlotte behandeling is nodig.

De National Health Service heeft in de jaren '80 van de vorige eeuw de mobiele röntgenbussen van het bevolkingsonderzoek uit de dienst genomen. Ervaringen uit Nederland, waar deze bussen weer zijn ingezet voor gericht TBC-onderzoek bij bepaalde groepen mensen laat zien dat deze benadering een belangrijke bijdrage kan leveren aan het bestrijden van TBC binnen deze risicogroepen. Moderne digitale radiologische technologie maakt de interventie niet alleen sneller en veiliger maar maakt ook het direct ter plaatse lezen van de longfoto's mogelijk, en zo nodig directe interventie, wat een wezenlijke verbetering is in de benadering van deze soms moeilijk op te sporen individuen.

Op de VvAwT nascholingsdagen worden organisatie van de TBC-bestrijding en trends in de TBC-epidemiologie in de UK besproken, en de totstandkoming van een project om met een mobiele digitale röntgenbus gericht bepaalde risicogroepen in Londen te screenen op TBC, in samenwerking met de afdeling TBC-bestrijding van de GGD Rotterdam, alsmede de eerste resultaten.

5. Verslag studiedagen 13 en 14 januari 2006

Golden Tulip Hotel Centraal, s'Hertogenbosch

Door Joke van Loenhout-Rooyackers

“Tuberculose en immuniteit, tuberculosecasuïstiek”

In zijn openingswoord lichtte **Martien Borgdorff**, directeur KNCV-tuberculosefonds, hoogleraar Internationale Gezondheidszorg de doelstellingen van het KNCV-tuberculosefonds toe voor zowel hoog- als middel en laag prevalentie tuberculoselanden in de periode tot 2010. De sterfte en prevalentie van tuberculose zijn wereldwijd in vergelijking met 1990 gehalveerd.

In ontwikkeling zijn nieuwe diagnostica, geneesmiddelen en vaccins. De komende 5 jaar zijn van cruciaal belang voor het beloop van de TBC-epidemie waarbij de aandacht uit moet gaan naar: TBC/HIV en multiresistente tuberculose (MDR-TBC). In tegenstelling tot in Afrika ontbreekt in Oost-Europa de politieke steun. In Oost-Europa is geen consensus over de technische aanpak van tuberculose en de DOT strategie is niet goed geïmplementeerd. Oost-Europa is bovendien te welvarend om donorsteun te krijgen. De WHO plaatst Oost-Europa komend jaar op de ministeriële agenda, met als doel wel donorgeld te krijgen.

In Nederland daalt tuberculose hetgeen consequenties heeft voor het werk. In Nederland zal KNCV Tuberculosefonds (als expertisecentrum) nauw samenwerken met het Centrum voor Infectieziektebestrijding (CIB), de zeven regionale expertisecentra (tuberculoseafdelingen van de samenwerkende GGD'en) en de door de KNCV-tuberculosefonds en NVALT aangestelde klinische consulenten. Een gezamenlijke onderzoeksagenda wordt opgesteld, door interregionale visitatie zal de kwaliteit bewaakt worden en zal effectieve kennisdeling plaats vinden. Het Nederlands Tuberculose Register zal gedetailleerde informatie blijven verschaffen over de incidentie van tuberculose en de doeltreffendheid van de behandeling van patiënten. Het Europese Centrum voor ziektepreventie en bestrijding (ECDC) zal gelegenheid bieden voor partnerschapsvorming en kennisdeling, waardoor KNCV-tuberculosefonds en de TBC bestrijding zich sterk kan positioneren in Europa.

Frank Miedema, hoogleraar immunologie UMC Utrecht behandelde niet de specifieke immunologische processen die een rol spelen bij een gelijktijdige infectie met HIV en tuberculose, maar legde duidelijk uit hoe het denkproces over de T-cel pathologie en beschermende immuniteit bij HIV-infectie wisselde en zich ontwikkelde in de periode 1984-2005. Aanvankelijk was het virus niet detectabel en de daling van het aantal CD-4 cellen schreef men toe aan cel verval door cytotoxische T-cellen (CTL) of auto-immuun gerelateerde processen. Rond 1990 kon men door verbeterde technieken zoals PCR het virus aantonen in asymptomatische seropositieve patiënten. Een hoog percentage apoptotic CD4+ en CD8+ T-cellen (geprogrammeerde zelfdoding van de cellen) waren aantoonbaar in bloed en weefsel in de vroege fase van de infectie. Dit gaf een meer dynamische beeld van HIV-T-cel interactie, virale load en celverval. Het grote CD4+ T-cel verval werd verklaard door infectie van veel cellen. Het aanvankelijke concept van virale latentie verschoof naar klinische latentie. Een paar jaar later werd op basis van nieuwe experimentele bevindingen geconcludeerd dat er niet zo zeer sprake was van een hoge turn over van de T-cellen, maar van een chronische activatie en interferentie van het HIV virus met de thymus functie. Met een nieuw ontwikkelde TREC assay werd de thymus output gemeten en werd met in vivo technieken de T-cel productie geschat en de half waarde tijd gemeten in relatie tot T-cel depletie en herstel na HAART. Het idee dat de toegenomen T-cel verdeling een homeostatische reactie was op het grote T-cel verlies door de HIV infectie moest herzien worden. T-cel verdeling is onderdeel van de systemische immunosuppressie als reactie op de chronische HIV-infectie. Een reactie die ondanks vaak erg lage CD4+ T-cellen snel verdwijnt na starten HAART. De immuun geactiveerde T-cel proliferatie leidt tot depletie van de naïeve T-cel populatie. Inmiddels wist men ook dat de output van de thymus beperkt is en niet kan compenseren voor toegenomen celdood in de periferie.

Huidige inzichten

Door nieuwe technieken werden vraagtekens gezet bij de gedachte dat de verslechtering van de T-cel functie bij HIV infectie veroorzaakt werd door gebrek aan CD4 T-helper-cellen. Veel CTL en zelfs T-helper-cellen werden aangetoond met de HLA klasse I tetrameer kleuring en kleuringen om intracellulaire cytokine aan te tonen in FACS en Elispot assays. Door HLA tetrameer technologie kon bij asymptomatische HIV infectie veel HIV-specifieke HLA-A2 CTL worden aangetoond. Persistierend antigeen stimulatie, karakteristiek voor de HIV infectie, die zich uit in de verschillende markers van immunosuppressie op T-cellen, heeft invloed op het aantal, functie en phenotype van HIV specifieke T-cellen. Hoewel verlies van functie in de loop van de HIV infectie bij patiënten met een hoge virale load is aangetoond, werd duidelijk uit studies over virale escape dat in de asymptomatische fase heftige HLA class-I CTL response op treedt. Beschermende HLA allelen zoals B57 hebben invloed. Deze kosten fitness effecten hebben invloed op het virus vroeg na transmissie en dit zou een van de belangrijke onderlinge oorzaken kunnen zijn voor de relatie tussen HLA en virale load bij chronische infectie en bepalen bij welke virale load na acute infectie de symptomen verdwijnen. De virale load voorspelt de mate en snelheid van progressie, maar recent is aangetoond dat de mate van immuun activatie, tot uiting komend in markers van geactiveerde T-cellen zoals CD38 als reactie op de viraemie, de drijvende kracht is achter CD4 depletie en AIDS progressie.

De relatief sterke cellulaire immuun respons bij HIV kan slechts tijdelijk de progressie van de HIV-infectie vertragen en gaat geleidelijk aan verloren naarmate de ziekte vordert. Deze nieuwe inzichten samen met de effecten van HLA op CTL in de vroege fase van de infectie en het recent aangetoond ernstig verlies van memory CD4 T-cellen in de darm tijdens acute SIV en HIV-infectie dwingt ons de biologie van de HIV infectie te herzien. Het resultaat van de eerste interactie tussen HIV en het immuunsysteem van de gastheer bepaalt het beloop van de infectie.

Conclusie

De aanleg van Ag presenterende cellen, die geassocieerd is met HLA-klasse bepaalt in welke mate iemand effectief gebruik maakt van de T-lymfocyten en of de strijd met het HIV-virus kort of lang vol gehouden kan worden. Natuurlijke selectie van mensen die resistent zijn tegen het virus wordt niet verwacht evenmin dat een vaccin dat zou kunnen bieden.

Mogelijke oorzaken van een verhoogd risico op reactivatie van tuberculose zijn een immuungecompromiteerde status door HIV, auto-immuunaandoeningen en immunosuppressieve therapie. TNF α speelt een belangrijke rol bij fagocytose en doden van mycobacteriën door de macrofaag en bij processen die een rol spelen bij vorming en in stand houden van granulomen. **Mw. Dr. M.C.W. Creemers**, reumatoloog UMC St. Radboud, Nijmegen lichtte de werking toe van de monoclonale antilichamen gericht tegen TNF α (influximab, adalimumab) en oplosbare receptorblokkers (etanercept). Tevens presenteerde zij de resultaten van het onderzoek gehouden onder Nederlandse reumatologen (Den Broeder et al. *Annals Rheum Dis* 2005). De geschatte incidentie van tuberculose bij reumatoïde artritis patiënten in Nederland tijdens TNF α blokkade bedraagt 240/100.000 bij een achtergrond incidentie van 3/100.000. Het merendeel van de patiënten heeft een extrapulmonale vorm van tuberculose en het duurt lang voor de diagnose gesteld wordt, mediaan 64 dagen (0-180). Screening op tuberculose voorafgaand aan behandeling, mits goed uitgevoerd lijkt toereikend.

Aandachtspunten

Goede screening vooraf, waaronder het juist zetten en aflezen van de mantoux, het hanteren van de juiste afkapwaarden zou in nauw overleg met de tuberculose-afdelingen van de GGD'en moeten plaats vinden. Registratie van patiënten met een latente tuberculose-infectie en evaluatie van het profylactische therapieschema kan plaats vinden met medewerking van de tuberculose afdelingen van de GGD'en. Binnen het Nederlands Tuberculose Register. TNF α blokkerende geneesmiddelen worden door verschillende klinisch werkzame artsen voorgeschreven voor steeds meer aandoeningen (gastro-enterologen, longartsen, dermatologen, oogartsen). De longarts-tuberculosecoördinator van het ziekenhuis zou in samenwerking met de tuberculosearts van de GGD een centrale rol kunnen spelen bij het tot stand komen van een uniform beleid rond screenen en profylactische behandeling binnen het ziekenhuis.

De klinische presentatie van tuberculose en de problemen bij diagnostiek bij patiënten die TNF- α blokkers gebruiken lijken op die bij HIV-geïnficeerde tuberculose patiënten en verschillen van die bij niet-immuungecompromiteerde tuberculose-patiënten.

Dr C Richter internist-infectioloog Rijnstate ziekenhuis Arnhem ging hierop in aan de hand van de verschillende vormen van tuberculose bij HIV-geïnficeerde patiënten.

Bij vergevorderde immuunstoornis heeft het merendeel van de patiënten een extrapulmonale/gedissimineerde vorm van tuberculose. Bovendien is de radiologische X-thorax presentatie bij HIV-infectie vaak atypisch en de kans op het positief auramine/ZN preparaat van het sputum kleiner. Bij klinische en/of radiologische verdenking op gedissimineerde/miliaire tuberculose is snelle diagnostiek vereist en moet binnen enkele dagen met de therapie gestart worden nog voordat de kweekuitslagen bekend zijn. Behalve sputum en BAL onderzoek moet ook meteen een beenmergpunctie en/of leverbiopt gedaan worden en bij lymphadenopathie een klierpunctie. Een positieve bloedkweek wordt bij 50% van de tuberculose patiënten gevonden met minder dan 100 CD4-cellen

Bij HIV-geïnficeerde patiënten mag de tuberculosebehandeling niet uitgesteld worden. Over het tijdstip van het starten met HAART zijn steeds duidelijkere richtlijnen beschikbaar.

Gelijktijdige behandeling van tuberculose en HIV is wel ingewikkeld, niet alleen door interactie, maar ook door overlappende toxiciteit en grote kans op het ontstaan van immuunreconstitutiesyndroom met tijdelijke verergering van tuberculose. Het trouw innemen van

de HAART en tuberculostatica is belangrijk (DOT) om resistentie te voorkomen. Profylactische behandeling tegen opportunistische infecties kan geïndiceerd zijn.

Uit de voordracht van werd duidelijk dat de behandeling van HIV-geassocieerd tuberculose plaats moet vinden in nauwe samenwerking tussen longarts en HIV-behandelaar of in gespecialiseerde HIV-behandelcentra.

Patiënten met fibrotische afwijkingen op de X-thorax hebben ook bij een ongestoorde afweer een verhoogde kans op een reactivering van tuberculose in vergelijking met patiënten met een positieve mantoux en een normale thoraxfoto. De vraag werpt zich op of men hen een profylactische behandeling moet geven of afwacht en alleen behandelt bij klachten.

Sytze Keizer, arts-tuberculosebestrijding GGD Amsterdam besprak in een workshop aan de hand van casuïstiek de verschillende dilemma's. Alvorens te starten met een profylactische behandeling dient een actieve tuberculose en eventuele onderliggende andere problematiek uitgesloten te worden. Een CT-scan en Bal kunnen nodig zijn als sputum-onderzoek niet volstaat. Ondanks adequate diagnostiek is 25% van de actieve tuberculose bacteriologisch niet te bewijzen. Dit betekent dat men het risico loopt een niet onderkende actieve tuberculose met monotherapie te behandelen als men kiest voor isoniazide profylaxe. Een alternatief zou zijn altijd starten met de volledige behandeling bestaande uit isoniazide (H), rifampicine (R) , pyrazinamide (Z) en ethambutol (E). Mocht de thoraxfoto na 2 maanden behandeling onveranderd gebleven zijn dan zou men nog gedurende 2 maanden HR kunnen geven (2HRZE/2HR). Per patiënt zal het risico op een actieve tuberculose afgewogen moeten worden tegen het risico op bijwerkingen. Veel van de fibrotische afwijkingen worden gevonden bij screening van immigranten en asielzoekers bij binnenkomst in Nederland. De taalbarrière, het stigma dat op de diagnose tuberculose rust, onbekendheid met diagnostiek zoals bronchoscopie en onbekendheid met preventieve geneeskunde en het onbegrip of angst voor bijwerkingen van geneesmiddelen vraagt een intensieve begeleiding van de patiënt. Het is maar de vraag of preventieve behandeling van fibrotische afwijkingen bij personen zonder ander klinische ziektebeelden die een verhoogd risico op tuberculose geven kosten effectief is. Uit onderzoek is gebleken dat goede voorlichting over symptomen van een actieve tuberculose het patiënt delay verkleint.

Max Antheunisse, arts tuberculosebestrijding Rotterdam beperkte zich in zijn workshop niet alleen tot de fibrotische afwijkingen, maar gaf een compleet beeld van de problematiek zoals die zich op thoraxfoto's presenteert bij de screenende activiteiten op de GGD.

Tuberculose komt veel voor onder thuis-en daklozen. Niet alleen in Rotterdam, maar ook in Londen. Elders in Pulmoscript doet **Rob van Hest** verslag van zijn ervaringen in Londen. Hij wist de aandacht te trekken en vast te houden, zelfs na het geanimeerde diner. De diagnostiek en de behandeling van tuberculose in deze West-Europese wereldstad heeft tropische vormen aangenomen.

Nascholingsdagen laten ook altijd onverwachte kanten van collega's zien. De jazzy muziek van het **duo Vincent Kuyvenhoven** maakte een harmonieus samenzijn, waarbij men ook nog met elkaar op ontspannen wijze kon spreken, mogelijk.

Tenslotte werd op de zaterdagochtend op interactieve wijze tuberculoseproblematiek besproken zoals die zich aandient bij de nationale klinisch consulenten tuberculose **Richard van Altena** uit het tuberculosecentrum Beatrixoord en **Wiel de Lange** uit het tuberculosecentrum Dekkerswald. Dit alles met medewerking van **Martin Boeree**, longarts ULC Dekkerswald. Opvallend was dat vragen over het al dan niet besmettelijk zijn van een patiënt kennelijk vaak aan de klinische consulent gesteld worden, terwijl juist de GGD zicht heeft op hoestgedrag van een patiënt, de mate waarin een patiënt sociaal actief is, de therapietrouw en de resultaten van contactonderzoek. Een positieve ZN wil niet altijd zeggen dat een patiënt besmettelijk is. Het

sputum kan lang ZN positief blijven, terwijl de kweek negatief is. Ook kan het sputum opnieuw ZN positief worden, waarbij de kweek negatief blijft. Bij nieuwe patiënten, van wie het sputum ZN positief is kan mede op basis van de kliniek en de thoraxfoto de diagnose atypische mycobacteriose boven in de differentiaal diagnose staan. Een negatieve PCR maakt tuberculose dan nog minder waarschijnlijk en een afwachtende houding met betrekking tot contactonderzoek en behandeling kan gerechtvaardigd zijn tot de kweek bekend is. Aandacht voor interactie van medicamenten, maar ook van artsen die zich bezig houden met de tuberculosebestrijding zowel intra-als extramuraal zal de behandeling van de patiënt kwalitatief verbeteren. We hopen jullie allemaal te zien op de nascholingsdagen in januari 2007.

Commissie Bronkhorst Colloquium

Vooraankondiging

Longaandoeningen door beroep, hobby en omgeving

Datum

23, ('s avonds), 24 en 25 november 2006
'Koningshof' te Veldhoven

Informatie

Secretariaat NVALT
Luijbenstraat 15
5211 BR 's-Hertogenbosch
tel.: 073-612 61 63
fax: 073-612 61 54
e-mail: secretariaat@nvalt.nl

Inschrijving

In juni zullen brochures en inschrijfformulieren voor het Bronkhorst Colloquium worden verzonden.

In het kader van de samenwerking tussen de Commissie Bronkhorst Colloquia en het Forum Vlaamse Longartsen, wordt het colloquium ook in Vlaanderen gehouden als colloquium van de Vlaamse Longartsen. Er is daar een vijftiwintigtal deelnemersplaatsen beschikbaar voor Nederlandse longartsen die lid zijn van de NVALT.

Datum

1 ('s avonds), 2 en 3 maart 2007
"Floréal Club" te Blankenberge, België

Informatie

Forum Vlaamse Longartsen
mw. A. Tommeleyn
Eendrachtstraat 56
B-1050 Brussel, België
tel.: 00-3225106094
fax: 00-3225114614
e-mail: info@vlaamselongartsen.org

Concept programma

Klinische Conferentie

Beroepsastma

Plenaire lezingen

- Outdoor air pollution
- Diagnose en differentiaal diagnostiek bij ernstig astma
- Combined Allergic Rhinitis and Astma Syndrome
- Indoor air pollution

Werkgroepen

- Keuringen
- Beroepsastma
- Extrinsicke allergische alveolitis
- Astma en sport
- Vezels en de long (o.a. pneumoconiose)
- Drugs en de long
- Duiken en de long
- Provocatie testen
- Eosinofiele bronchitis

Werkgroep Infectieziekten

Indicatie voor Pneumokokkenvaccinatie

In Pulmoscript van 2005 is door de secretaris van de NVALT namens het bestuur een tekst gepubliceerd getiteld "Indicatie voor pneumokokkenvaccinatie". Hierin wordt een toelichting gegeven op de, namens en door het bestuur van de NVALT, herziene criteria voor het aanwezig zijn een "marginale longfunctie", op verzoek van en als advies aan het College van Zorgverzekeraars (CVZ). Ondergetekende heeft gemeend, mede namens de werkgroep Infectieziekten, op de genoemde tekst in PS een nadere toelichting te moeten geven.

De huidige situatie voor de indicatiestelling en vergoeding voor vaccinatie tegen pneumokokkeninfecties van volwassenen is gebaseerd op een advies van de Gezondheidsraad aan de minister uit 2003 en criteria voor vergoeding die het College van Zorgverzekeraars (CVZ) in 2005 opnieuw heeft geformuleerd mede gebaseerd op dit advies. In bijlage 2 van de regeling Farmaceutische Hulp 1996 werden patiënten met een "marginale longfunctie", gedefinieerd op basis van een MAMV < 20 liter, genoemd als een groep die in aanmerking komt voor vergoeding van het 23-valente polysacchariden vaccin (PS-23). Dit criterium was gebaseerd op een advies van de Gezondheidsraad uit 1982, waarin werd gesteld dat bij patiënten met "een marginale longfunctie door welke oorzaak dan ook" per geval diende te worden bezien of vaccinatie zinvol was. Onbekend is op welke gegevens dit advies gebaseerd is dat, voor zover valt na te gaan, in ieder geval enige wetenschappelijke basis mist.

In het rapport van de Gezondheidsraad uit 2003 wordt een negatief advies gegeven ten aanzien van bevolkingsbrede vaccinatie van personen ouder dan 65 jaar. In de conclusies van het rapport van de Gezondheidsraad wordt een harde aanbeveling gedaan voor vaccinatie van een aantal groepen patiënten met een sterk verhoogd risico op "invasieve" infecties met pneumokokken. Dit betreft patiënten met asplenie, sikkelcelziekte en chronische lekkage van hersenvocht. Dit omdat van PS-23 aannemelijk is gemaakt dat het tegen dit soort invasieve infecties met pneumokokken enige bescherming biedt (Jonkers & Boersma, NTvG 2003). Verder

worden een aantal groepen patiënten genoemd waarbij vaccinatie overwogen kan worden, voornamelijk dreigend en manifest immunogecompromitteerden. Bij de groepen patiënten waarvoor geen aanbeveling wordt gedaan worden patiënten met chronische longziekten genoemd. Echter, in de uitgebreide tekst van het rapport staat wel weer "... bij patiënten met een marginale longfunctie door welke oorzaak dan ook is een vaccinatie-indicatie aanwezig". Opnieuw zonder wetenschappelijke onderbouwing. Geadviseerd wordt verder onderzoek te doen bij patiënten met chronisch longlijden.

Op verzoek van de huidige minister van VWS heeft CVZ vorige jaar de voorstellen van de Gezondheidsraad zoals zij zelf zegt "uitgewerkt en geoperationaliseerd". Hierbij handhaaft CVZ de aanbeveling dat vaccinatie bij patiënten met een marginale longfunctie overwogen kan worden, refererend aan het rapport van de Gezondheidsraad. Als omschrijving van een marginale longfunctie zijn de bovengenoemde door het bestuur van de NVALT geformuleerde criteria overgenomen. Deze zijn ook na te lezen in bijlage 2 van het hedendaagse "Besluit zorgverzekering en regeling zorgverzekering" zoals gepubliceerd in het Farmacotherapeutisch Kompas. Ik hecht eraan te benadrukken dat het hier slechts een indicatie betreft op grond waarvan vergoeding kan (en in de regel zal) plaatsvinden.

In de praktijk kan de longarts in individuele gevallen in samenspraak met de patiënt bepalen of vaccinatie met PS-23 zal worden toegepast. Hierbij dient het volgende mede in overweging te worden genomen. Er is geen wetenschappelijk bewijs dat vaccinatie met PS-23 beschermt tegen pneumonie door pneumokokken. Er is in onderzoek een beschermend effect tegen invasieve infecties (veelal bacteriëmie bij pneumonie) gevonden bij ouderen (o.a. Jackson, NEJM 2003), en ook bij patiënten met chronische longziekten in het algemeen (Jonkers & Boersma, NTvG 2003). Echter, dit is alleen overtuigend aangetoond bij patiënten die niet al standaard tegen influenza werden gevaccineerd. Dit laatste hangt mogelijk samen met de verhoogde incidentie van (ernstig verlopende) pneumokokkeninfecties na influenza en zou zo een indirect effect van influenzavaccinatie kunnen zijn. Het additionele criterium "met een marginale longfunctie" voor de indicatiestelling heeft, nogmaals, geen wetenschappelijke basis.

Jonkers RE, Boersma WG. Pneumokokkenvaccinatie van volwassenen. Ned Tijdschr Geneeskd. 2003;147:437-41.

Jackson LA, Neuzil KM, Yu O, Benson P, Barlow WE, Adams AL, Hanson CA, Mahoney LD, Shay DK, Thompson WW. Effectiveness of pneumococcal polysaccharide vaccine in older adults. N Engl J Med. 2003;348:1747-55.

René Jonkers, voorzitter Werkgroep Infectieziekten

Adviseurschap pulmonale infectieziekten.

De werkgroep infectieziekten (WIZ) van de NVALT heeft besloten tot het instellen van een adviseurschap. In de loop van het bestaan van de WIZ zijn er, met behulp van de binnen de werkgroep verzamelde expertise, regelmatig, aan de hand van casuïstiek, diagnostische en therapeutische problemen besproken. Wij willen ook aan collega's die geen lid van de WIZ zijn de mogelijkheid bieden van deze expertise gebruik te maken. Als aanspreekpunt zullen voorlopig ondergetekenden fungeren, zijnde de voormalige en huidige voorzitter van de WIZ. Problemen kunnen telefonisch, schriftelijk of via e-mail worden voorgelegd. Wij zullen in eerste instantie zelf de voorgelegde vragen trachten te beantwoorden en schriftelijk bevestigen. In voorkomende gevallen zullen wij aan de hand van bekende deskundigheid een van de andere leden van de WIZ om advies vragen.

Het adviseurschap zal het eerste jaar als proef worden ingesteld. Na dit jaar zal een evaluatie plaatsvinden en in overleg met het bestuur van de vereniging over continuering worden besloten.

Wim Boersma,
Afd. Longziekten, 117
MCA
Postbus 501
1800AM Alkmaar
tel: (072) 548 44 44/548 27 50, tracer 5464
fax: (072) 548 21 67
e-mail: w.boersma@mca.nl

René Jonkers, r.e.jonkers@amc.nl
Afdeling Longziekten, F5-150
A.M.C.
Meibergdreef 9
1105 AZ Amsterdam
tel: (020) 566 39 52, b.g.g 566 91 11, tracer
58344
fax: (020) 691 75 84

Oproep: De Werkgroep Infectieziekten (WIZ) van de NVALT

Onbekend maakt onbemind. Om onbekendheid met de activiteiten van onze werkgroep geen reden te laten zijn om niet eens een vergadering te bezoeken en evt. lid van de werkgroep te worden, willen wij graag uiteenzetten waar de WIZ zich de afgelopen jaren mee bezig heeft gehouden en wat onze plannen zijn.

De werkgroep is in 1997 opgericht met als taakopdrachten het bevorderen van een wetenschappelijke benadering van de behandeling van pulmonale infectieziekten, het adviseren van het bestuur van de vereniging, het ontwikkelen van richtlijnen en het entameren van scholing en onderzoek op het gebied van pulmonale infectieziekten.

Als uitvloeisel hiervan zijn onder andere stukken opgesteld en gepubliceerd over de onderwerpen empyeem-behandeling, pneumokokken-vaccinatie en bronchiëctasieën in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, hebben leden van de werkgroep deel uitgemaakt in commissies die richtlijnen hebben voorbereid (de NVALT richtlijnen over "community acquired pneumonia" (CAP) en recidiverende lagere luchtweginfecties, de recente SWAB richtlijn over de behandeling van CAP) en hebben leden van de werkgroep destijds zitting genomen in het zogenaamde "Outbreak management team", dat de overheid moest adviseren ten aanzien van uitbraken van infectieziekten. Op deze wijze proberen we zoveel als mogelijk gebruik te maken van de binnen de werkgroep aanwezige kennis. Ook maken wij zo aan de buitenwereld duidelijk dat wij als longartsen beschikken over specifieke deskundigheid op het gebied van de infectieziekten. Verder wordt op diverse manieren (voordrachten, casus-besprekingen) de kennis binnen de werkgroep verbreed en verdiept. Een recente ontwikkeling is het instellen van een "loket" voor de leden van de NVALT voor het vragen van advies over infectiologische vraagstukken (zie elders in deze Pulmoscript).

Er is dus al het nodige bereikt, maar de werkgroep dient actief te blijven om datgene wat bereikt is vast te houden en het terrein van activiteiten te verbreden. Hiervoor zijn en blijven wij afhankelijk van de inbreng van de individuele leden. Met het oog op de continuïteit in de toekomst willen wij juist ook jonge longartsen en aios uitnodigen om zich bij ons aan te sluiten.

Namens de WIZ
René Jonkers, voorzitter, r.e.jonkers@amc.uva.nl
Aik Bossink, secretaris, aikbossink@mac.com

Nascholing

Lymph node involvement and survival in non-small cell lung cancer

Samenvatting Proefschrift Edwin van Velzen

(8 november 2005),

Longkanker is de meest voorkomende vorm van kanker in de wereld en daarmee een belangrijke doodsoorzaak. Jaarlijks wordt wereldwijd bij zo'n 1,2 miljoen mensen de diagnose longkanker gesteld. Aangezien eventuele klachten passende bij longkanker veelal laat optreden, presenteren patiënten zich vaak pas in een vergevorderd stadium, waardoor genezing niet meer mogelijk is. De gemiddelde 5-jaars overleving van longkankerpatiënten is dan ook maar 15%. De prognose en behandeling van het niet-kleincellige type longkanker (zo'n 85% van het aantal gevallen) is afhankelijk van het stadium van de ziekte op het moment dat de patiënt zich presenteert. Het stadium wordt bepaald door de TNM-classificatie, welke voor het laatst in 1997 werd gereviseerd.

Om patiënten de juiste prognose en therapie te kunnen geven is nauwkeurige stadiëring noodzakelijk. Met de komst van nieuwe endoscopische technieken en de PET-scan, maar ook door de verdere ontwikkeling van immunohistochemische en genetische technieken is dat steeds beter mogelijk.

Grofweg kan gezegd worden dat patiënten met stadium I en II primair operabel zijn en operatie bij patiënten met stadium III ter discussie staat. De meeste patiënten met stadium III niet-kleincellig longkanker ondergaan tegenwoordig een vorm van 'gecombineerde' therapie en worden zelden met alleen primaire chirurgie behandeld. Patiënten met stadium IV hebben metastasen op afstand en kunnen vrijwel alleen in een palliatieve setting behandeld worden. De 5-jaars overleving binnen een TNM-stadium is behoorlijk variabel. De 5-jaars overleving na operatie in stadium II, bijvoorbeeld, varieert tussen de 30% en 50%. Lymfeklieraantasting lijkt hierbij een belangrijke rol te spelen. In dit proefschrift wordt getracht de verschillen in overleving te verduidelijken, door verschillende subgroepen van geopereerde niet-kleincellige longkanker patiënten met lymfeklieraantasting te analyseren, en te karakteriseren welke factoren de overleving beïnvloeden.

De term 'type van lymfeklieraantasting' werd geïntroduceerd. Twee typen van lymfeklieraantasting worden beschreven, namelijk aantasting door ingroei per continuïtatem (PC) vanuit de primaire tumor in de lymfeklier en aantasting door metastasen. Deze twee typen en hun invloed op de 5-jaars overleving werd in geopereerde patiënten met stadium IIa (pT1N1M0), stadium IIb (pT2N1M0) en in stadium III (N1) met elkaar vergeleken. Daarnaast werd ook gekeken naar de lokatie van de aangedane lymfeklier, namelijk of deze lobair (Naruke 12 en 13) of hilair (Naruke 10 en 11) gelegen was en of dit invloed op de overleving had. Voor stadium IIa (n=58) was de cumulatieve 5-jaars overleving 45.7% en werd er een significant verschil in 5-jaars overleving gevonden tussen patiënten met aantasting PC versus aantasting door metastasen (68.6% versus 31.2%; p=0.0038). Het type N1 ziekte was bij multivariate analyse een onafhankelijke prognostische factor voor overleving. Patiënten met lobaire lymfekliermetastasen hadden een duidelijk betere 5-jaars overleving dan patiënten met hilaire metastasen (56.6% versus 23.3%), echter niet significant. Wanneer alle patiënten verdeeld werden met respect voor de anatomie, dus lobair (n=25) versus hilair (n=32), was er een significant overlevingsverschil ten voordele van de lobaire groep (p=0.016).

Recidief longkanker werd bij 51% van de patiënten gevonden. Een recidief werd het meest in de groep van patiënten met hilaire metastasen gezien en betrof voornamelijk metastasen op afstand.

Voor stadium IIb (n=391) was de cumulatieve 5-jaars overleving 37.8%.

Patiënten met groei in de viscerale pleura hadden een slechtere prognose dan patiënten waarbij dit niet het geval was ($p < 0.01$). Ook adenocarcinoom ($p < 0.001$) en een leeftijd boven de 60 jaar ($p < 0.02$) beïnvloedden de overleving negatief. Het verschil in overleving tussen patiënten met een tumorgrootte van ≤ 3.0 en die met een grootte van > 5.0 cm was net niet significant ($p = 0.055$).

Er werd geen verschil in overleving gevonden tussen patiënten met lymfeklier- aantasting PC versus metastasen. Patiënten met lobaire lymfekliermetastasen hadden een significant betere overleving dan zowel patiënten met hilaire metastasen (57.3% versus 30.3%; $p < 0.01$) als patiënten met ingroei PC (57.3% versus 39.1%; $p = 0.03$). Er werd geen significant verschil in overleving gevonden tussen PC en hilaire metastasen. Wanneer de invloed van pleura ingroei alsmede centrale groei van de tumor werd geëlimineerd, werden er vergelijkbare resultaten met betrekking tot de T1N1M0 groep gevonden; geen verschil in overleving tussen PC en lobaire metastasen, maar een significant betere overleving van patiënten met PC ten opzichte van patiënten met hilaire metastasen (44.6% versus 21%, $p = 0.032$). Het significante verschil tussen patiënten met lobaire en degenen met hilaire metastasen veranderde niet ($p < 0.01$).

Voor stadium III (N1) patiënten was de cumulatieve 5-jaars overleving 27.2%, waarbij er geen verschil werd gevonden tussen de T3 ($n=80$) en T4 ($n=43$) groep.

In dit stadium heeft het type N1 lymfeklieraantasting geen invloed op de overleving, de volledigheid van de resectie echter wel. De 5-jaars overleving in stadium III na een complete resectie (34.4%) is vergelijkbaar met de getallen gerapporteerd voor stadium II, wat betekent dat geselecteerde patiënten voordeel kunnen hebben van een primair chirurgische benadering.

Adjuvante chemotherapie of radiotherapie verbeterde de prognose niet. Tegenwoordig zou een groot deel van deze patiëntenpopulatie in aanmerking komen voor een vorm van 'gecombineerde' therapie waarin chemotherapie een belangrijke plaats heeft.

Primaire chirurgie bij patiënten met N2 ziekte is controversieel en vindt vrijwel niet meer plaats. Tegenwoordig is een gecombineerde behandeling met bijvoorbeeld chemotherapie en chirurgie of radiotherapie de standaard. Toch blijken er N2 subgroepen te zijn die baat hebben bij primaire chirurgie. Bij patiënten waarbij tijdens thoracotomie 1 lymfeklierstation metastasen blijkt te bevatten ('minimal disease') of waarbij de metastase(n) onverwacht bij de definitieve pathologische inspectie naar voren komen (occulte metastasen), worden betere overlevingsgetallen gemeld dan wanneer er meerdere lymfeklierstations zijn betrokken of dan wanneer de metastasen macroscopisch al zichtbaar zijn.

Analyse van 242 geselecteerde patiënten met N2 ziekte die geopereerd werden voordat de gecombineerde therapie haar intrede maakte, vond plaats.

Alle patiënten ondergingen een mediastinoscopie. Zesenvijftig patiënten (23.1%) bleken positieve bipten te hebben, de meerderheid van 1 lymfeklierstation. Resectie was bij 44 patiënten (18.2%) incompleet. Post-operatief bleek bij 150 patiënten 1 mediastinaal lymfeklierstation te zijn aangedaan, bij 66 patiënten 2 lymfeklierstations en bij 13 ≥ 3 lymfeklierstations. Honderdzesenzestig patiënten ondergingen adjuvante therapie, voornamelijk radiotherapie.

De ziekenhuis mortaliteit was 4.1%. De cumulatieve 5-jaars overleving bedroeg 20.3%. De meeste patiënten die overleden binnen 5 jaar hadden metastasen op afstand. Adjuvante therapie had geen effect op de overleving. Echter patiënten met positieve bipten bij mediastinoscopie en geen adjuvante therapie waren allen binnen 3 jaar overleden. Hetzelfde gold voor patiënten met een positieve mediastinoscopie en incomplete resectie. Er werd echter geen verschil in overleving gevonden tussen patiënten met een positieve of negatieve mediastinoscopie.

Patiënten met 1 mediastinaal lymfeklierstation aangetast hadden een significant betere prognose dan degenen met 2 of meer stations ($p = 0.03$). Patiënten met 2 lymfeklierstations aangedaan lieten een significant betere overleving zien dan de patiënten met 3 of meer stations

($p=0.04$). De plaats van de lymfeklier binnen het mediastinum had geen invloed op de overleving. Verschil in T-status (T1/T2 versus T3/T4) benaderde significantie ($p=0.056$). Stadium III (N2) patiënten vormen een heterogene groep. Het onderverdelen in subgroepen, recentelijk door Ruckdeschel beschreven, is zeer waardevol daar dit tot een betere behandeling en voorspelling van de prognose leidt. Dit onderzoek laat zien dat voor streng geselecteerde patiënten (ongeacht of er sprake is van een positieve of negatieve mediastinoscopie) met 1 of zelfs 2 aangetaste mediastinale lymfeklierstations, primaire chirurgie nog een plaats kan hebben. Daarbij moet er wel sprake zijn van een operabele tumor en een goede performance score. Chirurgie bij patiënten met een T4 tumor, 'bulky disease' of 'verbakken' lymfeklieren moet vermeden worden.

De ontwikkelingen binnen de moleculaire biologie van de laatste 10 jaar hebben ons een beter inzicht gegeven in de carcinogenese en het gedrag van een tumor. Ook is het mogelijk om met immunohistochemische en genetische technieken micrometastasen in lymfeklieren en beenmerg vast te stellen.

Het laatste hoofdstuk geeft een overzicht van de belangrijkste technieken om micrometastasen in pulmonale en mediastinale lymfeklieren vast te stellen alsmede de beperkingen van deze technieken en de prognostische waarde van micrometastasen bij het geopereerde niet-kleincellige longcarcinoom (micrometastasen zijn clusters van tumorcellen die in diameter tussen de 0.2 en 2.0 mm zijn).

Er wordt onderscheid gemaakt tussen studies met immunohistochemische (IHC) en moleculair genetische technieken. Het grootste deel van de IHC-studies laat zien dat micrometastasen veelvuldig voorkomen en een negatieve invloed op de prognose hebben voor alle operabele stadia (I t/m III). Een belangrijke tekortkoming van veel studies is het gebruik van antistoffen gericht tegen cytokeratinen (Cytokeratinen vormen het skelet van epitheliale cellen), daar deze niet tumorspecifiek zijn en ook reageren met normale epitheliale cellen waardoor er dus een kans bestaat op foutpositieve resultaten. Daarentegen behoren er in lymfeklieren geen epitheliale cellen aanwezig te zijn. De monoklonale anti-epitheliale antistof Ber-Ep4, gebruikt in een aantal studies, blijkt meer tumor specifiek te zijn.

De weinige moleculair genetische studies die er zijn laten allen zien dat genetische technieken (RT-PCR: reverse transcriptase-polymerase chain reaction) in staat zijn micrometastasen aan te tonen. Slechts twee studies onderzochten de invloed van micrometastasen op de overleving. In één studie werd een negatieve invloed gevonden, in de andere geen aantoonbare invloed. Deze technieken zijn gevoeliger dan de IHC-technieken maar kennen ook hun tekortkomingen. Enerzijds tonen niet alle micrometastatische cellen expressie van bepaalde genmarkers, anderzijds worden bepaalde genmarkers ook teruggevonden in populaties niet-maligne cellen. Voor zowel de IHC als moleculair genetische studies geldt dat ze niet goed met elkaar te vergelijken zijn door gebruik van verschillende markers, verschil in het aantal lymfekliermonsters en het aantal doorsneden van een klier, alsmede de dikte van de doorsnede. Daarnaast geldt met name voor de moleculair genetische studies dat het aantal geïnccludeerde patiënten relatief klein is en er daarom geen harde conclusies getrokken mogen worden.

Indien er onderzoek naar micrometastasen verricht wordt, lijkt op dit moment een analyse met meerdere markers de aangewezen weg daar dit de sensitiviteit en specificiteit zal verhogen. Indien voor een enkelvoudige marker wordt gekozen lijkt de anti-epitheliale antistof Ber-Ep4 het meest betrouwbaar. Daarbij rijst de vraag of het gebruik van immunohistochemische en genetische technieken ter opsporing van micrometastasen zich niet alleen tot patiënten met stadium I zou moeten beperken daar deze patiënten met hun minimale tumor-load het meest zullen profiteren van een adjuvante behandeling (bv. chemotherapie). Patiënten in stadium II, maar vooral in stadium III hebben sowieso een slechtere prognose.

De studies in dit proefschrift bevestigen dat er verschillen in overleving zijn binnen een N-status. In stadium II worden er significante verschillen in overleving gevonden tussen de verschillende typen lymfeklieraantasting.

In stadium II hebben patiënten met hilaire lymfekliermetastasen de slechtste prognose, met een 5-jaars overleving variërend tussen de 20% en 40%. Met name deze groep van patiënten zou moeten kunnen profiteren van een adequate adjuvante therapie. Recente studies in stadium II (N1) met combinatie-chemotherapie zijn veelbelovend, echter er zijn meer studies nodig om te bepalen of alle N1 subgroepen zullen profiteren van deze combinatie en om te bepalen of alle subgroepen wel behandeld moeten worden.

Verskil in N1 lymfeklieraantasting leek geen rol te spelen met betrekking tot de overleving in stadium III niet-kleincellig longkanker. Althans niet wanneer de lymfeklieren met de klassieke morfologische methoden beoordeeld werden. Alleen volledigheid van de resectie en tumorgrootte hadden invloed op de overleving. Met gebruikmaking van immunohistochemische technieken om micrometastasen aan te tonen, wordt er in stadium III echter wel een significant verschil in ziekte-vrije en totale overleving gevonden tussen patiënten met en zonder micrometastasen. Stadium III patiënten met klassiek morfologisch aangetoonde metastasen en daarnaast ook micrometastasen blijken een significant slechtere prognose te hebben dan patiënten met alleen klassiek morfologisch aangetoonde lymfekliermetastasen. In stadium I (N0) is het significante verschil in ziekte-vrije periode en overleving tussen patiënten met en zonder micrometastasen nog meer uitgesproken.

Ook patiënten met N2-ziekte vormen een heterogene groep met significante verschillen in overleving.

Gezien de overlevingsverschillen binnen een N-status lijkt aanpassing van het TNM systeem nodig. Verfijning van de N-status zou voor stadium II moeten bestaan uit 'type van lymfeklier aantasting' en lokatie van de aangetaste klier (lobair versus hilaire). Daarnaast zou voor de stadia I t/m III ook vermeld moeten worden of er micrometastasen aanwezig zijn en moet er specifiek voor N2 patiënten (stadium III) een onderverdeling gemaakt worden zoals voorgesteld door Ruckdeschel.

Tevens is een wereldwijde standaardisatie nodig met betrekking tot chirurgische collectie en histologische verwerking van de lymfeklieren. Anders is het onvoldoende mogelijk studies, behandeling en prognoses met elkaar te vergelijken. Echter moet niet uit het oog verloren worden dat het aantal recidieven van longkanker hoger ligt dan het aantal gevonden lymfekliermetastasen.

Het huidige TNM systeem is nog steeds gebaseerd op morfologisch histologische criteria welke beoordeeld worden met lichtmicroscopie. Door de verdere ontwikkeling van IHC en genetische technieken is men steeds beter in staat het biologisch gedrag van een tumor vast te leggen. Sommige van deze biologische eigenschappen zijn gecorreleerd aan prognose of de kans op het ontwikkelen van (micro)metastasen, maar ook aan het wel of niet reageren op een bepaalde therapie. Daarom zal het in de toekomst ook logisch zijn dat tumor-eigenschappen in het TNM systeem worden opgenomen. Echter, het gebruik van bovengenoemde technieken is veelal duur en arbeidsintensief, en er is onvoldoende bekend over de kosteneffectiviteit van deze technieken. Of deze technieken uiteindelijk de overleving zullen verbeteren en betere behandelingen zullen creëren zal uit verder onderzoek moeten blijken. Tot dan zal een anatomische stadiëring noodzakelijk blijven.

PulmoPen

Over werken in een duo-harem.

Tussen de eerste en tweede gang van het diner op de Bronkhorst 2005 kwam collega Schrijver uit Den Helder, zich bijna verontschuldigend, mij de Pulmopen aanbieden. Afgaande op de lengte van zijn bijdrage kan ik me voorstellen dat hij zich bewust was van de druk die hij op mijn schouders legde. Ik verontschuldig mij dan ook dat ik niet zo'n epos als Rien op papier heb gezet maar, gezien het onderwerp van mijn schrijven, ben ik met één A-4tje wel klaar.

Het is interessant te vernemen dat het werken met vrouwen en dan nog wel met duobaners steeds weer veel stof tot gesprek geeft. Je zou op weg in de 21^e eeuw toch verwachten dat dit in een verlicht land als Nederland geen probleem is. Den Helder ligt natuurlijk wel een uurtje rijden van Amsterdam, maar toch?! Zelfs in Apeldoorn (of all places...) hebben ze het licht gezien, afgaande op de laatste uitgave van "Impuls". Ellen Cobben en Juliette Rooijmans schetsen hoe hun duobaan in de praktijk werkt. Ik herken in hun beschrijving de werkwijze van mijn beide collega's Wanda de Kanter en Silvia Hiep.

Toen ik in Beverwijk begon twijfelde ik niet aan de werkzaamheid van het concept duobaan. Tijdens mijn opleiding in het AMC ben ik ook een aantal duobaners (nota bene werkzaam als zaalarts) tegen gekomen. Dit waren steeds positieve ervaringen. Ik denk dat de meeste opposenten tegen het gegeven van een duobaan voor longartsen koudwatervrees hebben, er onvoldoende ervaring mee hebben of een slecht voorbeeld gezien (of meestal viavia van gehoord) hebben. Er zijn natuurlijk wel een aantal voorwaarden verbonden aan het slagen van deze constructie.

Het meest geuite kritiekpunt op duobaners is het gebrek aan continuïteit in de patiëntenzorg. In de dagelijkse praktijk is dit geen probleem als aan een aantal voorwaarden voldaan wordt. Het meest belangrijke is dat er zorg gedragen wordt voor een goede en uitgebreide overdracht (via e-mail). Daarnaast moet je (altijd) bereikbaar zijn voor overleg. Verder moet de bereidheid er zijn om voor specifieke patiëntengroepen (denk bijvoorbeeld aan terminale patiënten in de thuissituatie) direct bereikbaar te zijn via een 06-nummer. Kortom: een parttime aanstelling vereist een fulltime instelling.

Sommige zaken, zoals een gesprek over euthanasie of de uitvoering daarvan kunnen niet overgedragen worden. De bereidheid moet er dan zijn om daarvoor terug te komen. In mijn ervaring is dat nooit een probleem geweest.

Als duobaner zou je ook te weinig een gepassioneerd arts zijn. Wat is een gepassioneerd arts? Iemand die altijd aanwezig is? Iemand die zijn of haar tijd en aandacht niet verdeelt over andere zaken dan geneeskunde? Iemand die zoveel energie in zijn of haar werk stopt dat op een gegeven moment de accu leeg dreigt te raken (veel fulltimers, inclusief mijzelf, hoor ik klagen over de zware belasting van een 100% baan: een vrije dag per week blijkt toch wel erg geliefd!)? Een ander frequent gehoord argument tegen duobaners en ook parttimers is dat parttimers vaak niet betrokken zijn bij de organisatorische aspecten van het werk, zoals staffuncties, commissiewerk, etc. In mijn ervaring is dat zeker niet het geval. Ik deel overigens de gedachte dat een parttimer minstens net zo actief moet participeren in activiteiten, anders dan patiëntenzorg als een fulltimer.

Het voordeel van duobaners is dat de inzet van twee 50% collega's een synergistisch effect heeft op vele vlakken. Met meer collega's meer reflectie en meningen. Bij vergaderingen heb je extra input en een extra stem. De flexibiliteit van de groep is groter. Wachtlijstpieken wegwerken is beter te organiseren.

Mijn ervaringen met mijn duobaan collega's zijn erg positief: zéér betrokken bij de patiëntenzorg, goede continuïteit van zorg (tevreden patiënten!), enorm flexibele instelling, kinderopvang tot in de puntjes geregeld, 0% ziekteverzuim, een dag invallen is nooit een probleem. En last but not least: twee maal zoveel plezier aan je collega beleven! Ik hoor in de wandelgangen van heel wat collega's dat het toch maar schipperen is in hun maatschap.

Ik heb niet de illusie dat mijn betoog zal leiden tot verandering van mening bij de, bij iedereen wel bekende, wat traditioneel ingestelde collega's. Het zal echter slechts een kwestie van tijd zijn dat meer longartsen in een duobaanconstructie zullen gaan werken. Ik ben benieuwd wanneer de eerste twee mannen een duobaan starten! Ik ben over het fenomeen duobaners dus met één A-4tje wel klaar: liever twee duobaners dan een fulltime collega! Ik ben benieuwd of de geschetste veranderingen effect hebben gehad in het land van Bartje. Lopen zij voor op het westen? We gaan het in de volgende Pulmopen horen van Marc Mertens.

Chris Rikers

Ingezonden

Eeuwboek NVALT.

Op 31 mei 1908 werd te Utrecht de constituerende vergadering van de "Vereeniging van Nederlandsche tuberculose-artsen" gehouden. Ter gelegenheid van het eeuwfeest in 2008 heeft het bestuur van de NVALT besloten opdracht te geven tot het schrijven van een Eeuwboek. De auteur is Alice Juch die als historica haar sporen verdiend heeft met een aantal gepubliceerde studies die de medische beroepsuitoefening in de twintigste eeuw tot onderwerp hebben. Het werk begint inmiddels gestalte te krijgen in de eerste hoofdstukken die de geschiedenis van ons specialisme plaatsen in de bredere context van wetenschappelijke en maatschappelijke ontwikkelingen.

De belangrijke omslagpunten zoals de komst van antibiotica/tuberculostatica, chirurgische interventies, fysiologische inzichten en oncologische verworvenheden zullen uitgebreid aan de orde komen evenals de vorming van de onderscheiden pulmonologische scholen. Alice Juch zal voor haar werk gebruik kunnen maken van de advisering van Prof. Dr. Eddy Houwaart, hoogleraar aan de afdeling Metamedica van het Vumc en zij wordt ondersteund door een begeleidings commissie bestaande uit Prof. Chris Hilvering, Albert Polman, Bert Oppelaar, Jos Rooyackers en Joost Berkovits.

Oproep:

Graag zouden wij willen weten of er leden beschikken over archiefmateriaal van de Tuberculosevereniging of de longartsenvereniging dat voor de samenstelling van dit boek van belang zou kunnen zijn. Met name het mededelingenblad van de vereniging (1^e jaargang 1946) is tot nu toe niet traceerbaar en deze bron is waarschijnlijk de enige met gegevens over de opleiding in de eerste jaren na 1942.

Ook oud beeldmateriaal is van harte welkom. Het oude materiaal moet met moderne technieken bewerkt worden om voor publicatie geschikt te zijn. Is er iemand die hier ervaring mee heeft en die bereid is de taak van beeldredacteur op zich te nemen?

Reacties graag naar:

alice@juch.demon.nl

of: j.berkovits@zha.nl

Cursus Interpretatie van Ergometrie

Donderdag en vrijdag 4 en 5 mei 2006 wordt in de faculteit geneeskunde van het VUMC, Amsterdam de cursus Interpretatie van Ergometrie georganiseerd.

Inspanningsonderzoek maakt een wezenlijk deel uit van de diagnostiek van de longarts. Kortademigheid bij inspanning is één van de belangrijkste symptomen van onze patiënten. Een goede interpretatie van de ergometrie kan een schat aan klinische informatie opleveren. Met deze cursus willen wij uw kennis van het inspanningsonderzoek op systematische wijze oprispen en verdiepen. De cursus richt zich zowel op longartsen met weinig ervaring als op degenen met uitgebreide ervaring en expertise op dit gebied. Aan de hand van het boek "Principles of Exercise Testing and Interpretation" (Wasserman et al., 4^e druk, Lippincott, 2004) zullen de belangrijkste fysiologische principes van de inspanning worden besproken. Deze kennis zal direct worden toegepast bij de interpretatie van pathofysiologische veranderingen die zich kunnen voordoen bij een groot aantal longziekten. Theoretische gedeeltes worden afgewisseld met werkgroepen waarin de kennis in praktijk gebracht kan worden. De cursus bestaat uit 2 cursusdagen, waarin alles aan de orde komt, en 1 nakomdag. Tijdens deze dagen zullen 8 inleiders steeds een korte presentatie houden van 20 minuten. Hierna zullen de cursisten in groepjes opdrachten uitwerken die daarna weer centraal zullen worden besproken. Het programma ziet er als volgt uit:

Dag 1:

Inleiding ergometrie
werkgroep

Y. Heijdra

Basifysiologische aspecten van de ventilatie en perfusie
werkgroep

A. Vonk Noordegraaf

Lunch

Zuurstofconsumptie en koolzuurafgifte
werkgroep

R.Greevink

Ventilatie/perfusie mismatch:
werkgroep

P. Zanen

Dag 2

Ademreserve/hyperinflatie:
werkgroep

J. van den Aardweg

Cardiovasculaire problemen:
werkgroep

A. Boonstra

Lunch

Hands on cursus:

J.vd Maten,
H.Grotjohan
F.de Jongh

Dag 3 (terugkomdag)

Bespreking voorbereide casuïstiek

allen

Secretariaat NVALT, Luijbenstraat 15, 5211 BR 's-Hertogenbosch,
telefoon: 073-6126163, E-mail:secretariaat@nvalt.nl

Overnachting:

Voor degenen die van ver komen kan overnachting geregeld worden in het VU hospitaal. Indien u hier gebruik van wilt maken, dan dient u dit in uw e-mail te vermelden. Afhankelijk of er van deze regeling gebruik zal gemaakt worden zal een aanvullend sociaal programma georganiseerd worden.

Kosten: 225 (incl. BTW) Euro voor 3 dagen (inclusief de terugkom dag).

De factuur ontvangt u gelijktijdig met de bevestiging van deelname. De datum van de terugkomdag zal in onderling overleg met de deelnemers bepaald worden, en is bedoeld om de geleerde stof in uw eigen praktijk toe te passen.

Het boek "Wasserman" kunt u na aanmelding met 10% korting aanschaffen. Dit zit niet bij de prijs inbegrepen.

Dit kan via de boekhandel van de Vrije Universiteit van Amsterdam. verzendkosten inbegrepen. namens de organisatie

Anton Vonk Noordegraaf

Vooraankondiging het congres Longen en fijnstof

De Nederlandse Longstichting organiseert in samenwerking met NVALT en belangrijke patiëntenorganisaties:

“Fijn stof geeft te denken en te doen”

donderdag 22 juni 2006

9.00 – 17.30 uur

Key note speakers:

Pieter vanGeel
Hans de Goeij

Staatssecretaris VROM
Directeur Generaal VWS

Onderwerpen:

- Wat zijn de effecten van fijn stof op de longen en op longaandoeningen en wat zijn de symptomen?
- Hoe kan er een verbinding gemaakt worden tussen milieu en gezondheid in termen van onderzoek, voorlichting en patiëntenzorg?
- Wat zijn de consequenties voor beleidsmakers?
- Paneldiscussie.

Voor wie?:

Longartsen, GGD- en huisartsen, medisch milieukundigen, professionals longaandoeningen, onderzoekers, beleidsmakers bij overheid, patiëntenorganisaties, en zorgverzekeraars.

Plaats:

Omgeving Utrecht.

Kosten:

€ 130,- per persoon inclusief lunch en borrel.

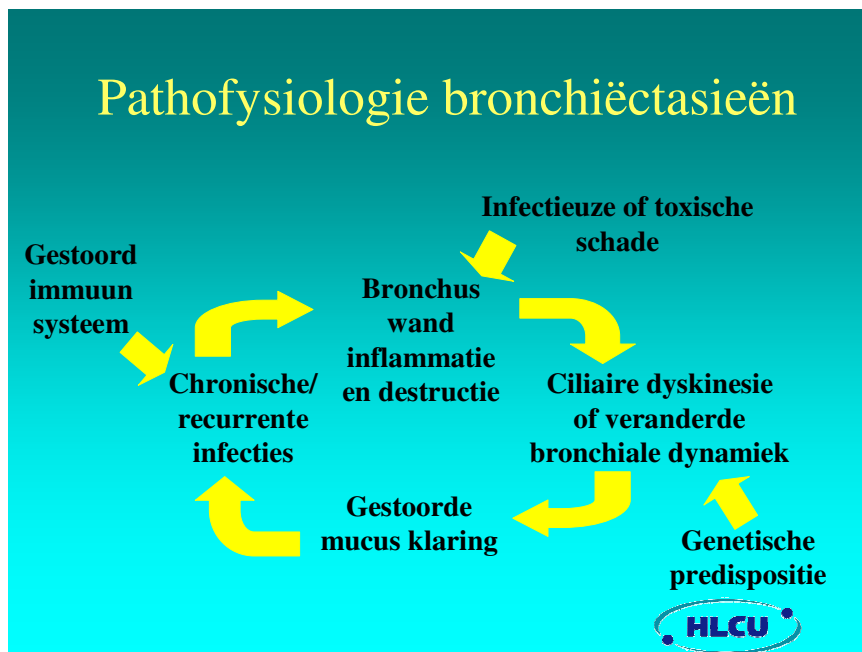
Een definitieve uitnodiging volgt te zijner tijd.

Symposiumverslag: “behandeling en diagnostiek van bronchiëctasieën”

Op 7 december 2005 vond in Utrecht een interessant symposium plaats over de diagnostiek en behandeling van bronchiëctasieën. Het symposium stond onder voorzitterschap van de longartsen Prof. Dr. P.N.R. Dekhuijzen en Prof. Dr. J.W.J. Lammers en droeg als titel:

Over Tramrails en Zegelringen

Professor Lammers verzorgde de inleiding en besteedde daarin aandacht aan een aantal historische mijlpalen. Vroeg in de 19^e eeuw beschreef Laënnec de kliniek van patiënten met persisterend ophoesten van purulent sputum, maar goed inzicht in de destructieve veranderingen in de bronchiaalboom, die aan de klinische verschijnselen ten grondslag liggen, ontstond pas door de introductie van de bronchografie door Sicard in 1922. Door het werk van Lynne Reid in de 50-er jaren werden de pathologische kenmerken van bronchiëctasieën gecorreleerd met de gegevens, verkregen bij bronchografie. Lammers ging kort in op de pathofysiologie en benadrukte daarbij de vicieuze cirkel die ontstaat door de combinatie van infectieuze en dynamische factoren in het bronchiaalsysteem, zoals weergegeven in onderstaande figuur.



Bij de differentiaal diagnose kan een onderscheid gemaakt worden tussen focale ziekte (b.v. luchtwegobstructie bij corpus alienum) en diffuse aandoeningen, zoals immuundeficiënties of congenitale syndromen (b.v. primaire ciliaire dyskinesie of cystic fibrosis).

Met de opmerking dat geen gegevens bestaan over de prevalentie van niet-CF-gerelateerde bronchiëctasieën in Nederland werd de overgang gemaakt naar de volgende presentatie door Dr. E.H.J. van Haren, waarbij nader werd ingegaan op de diagnostische mogelijkheden. Door de komst van de High Resolution CT-scan is bronchografie thans een obsoleete vorm van diagnostiek geworden. Vermeldenswaard is dat bij 90% van de symptomatische patiënten op de X-Thorax reeds afwijkingen worden gezien. Van Haren besteedde uitgebreid aandacht aan de

afwijkingen op HR-CT, zoals die worden gezien bij cilindrische, variceuze en sacculaire bronchiëctasieën en illustreerde een en ander met een aantal fraaie plaatjes. Vervolgens werd ingegaan op de diverse oorzaken die aan het ontstaan van bronchiëctasieën ten grondslag kunnen liggen. Bij ongeveer de helft van de gevallen kan een dergelijke oorzaak achterhaald worden en Van Haren benadrukte het belang van het opsporen van oorzakelijke factoren, omdat in een aanzienlijk aantal situaties gerichte therapie mogelijk is. Voorbeelden hiervan zijn sommige immunologische afwijkingen en het voorkomen van niet-tuberculeuze mycobacteriën. Tenslotte benadrukte Van Haren nog eens de nadelige prognostische invloed van chronische infectie met *Pseudomonas aeruginosa*, zoals die bij patiënten met bronchiëctasieën vaak wordt gezien.

Prof. Dekhuijzen nam vervolgens de therapeutische aspecten voor zijn rekening. In een systematisch opgebouwd overzicht liet hij de verschillende opties de revue passeren, waarbij zowel aandacht werd besteed aan medicamenteuze als niet-medicamenteuze behandelvormen. In niet-medicamenteus opzicht kunnen chirurgie en maatregelen gericht op bronchopulmonale hygiëne worden genoemd, terwijl recent ook het belang van longrevalidatie bij bronchiëctasieën werd benadrukt.

In medicamenteuze zin maakte Dekhuijzen een onderscheid in behandeling met antibiotica en overige medicamenten, zoals mucolytica, rDNase, hyperosmolaire agentia en (inhalatie)steroiden. Bij de behandeling met antibiotica werd zowel aandacht besteed aan onderhoudstherapie als de behandeling van acute exacerbaties. Vanzelfsprekend kwamen bij de onderhoudsbehandeling de macroliden aan de orde, hoewel de wetenschappelijke onderbouwing van het gebruik van deze medicamenten vooralsnog hoofdzakelijk is gestoeld op de toediening van azithromycine bij patiënten met cystic fibrosis. Het nut van onderhoudsbehandeling met antibiotica, toegediend per inhalatie, is voor tobramycine in een aantal studies aangetoond, maar niet alle studies zijn uitgevoerd volgens het principe van de placebo-controlled, double-blind, randomized trial. Interessant was de presentatie van nog niet gepubliceerde data over het toevoegen van tobramycine per verneveling aan de behandeling met ciprofloxacin tijdens exacerbaties bij *Pseudomonas aeruginosa* positieve patiënten. Deze toevoeging gaf een reductie van sputumvolumen en bacteriële groeiendichtheid van *Pseudomonas*.

Een kijkje in de keuken van de medisch microbioloog werd gegeven door Dr. J.W. Mouton, die uitvoerig inging op de unieke slimigheden die *Pseudomonas aeruginosa* stammen kunnen laten zien teneinde te ontkomen aan behandeling met antibiotica. *Pseudomonas aeruginosa* is verantwoordelijk voor meer dan de helft van alle exacerbaties, die optreden bij patiënten met bronchiëctasieën. Mouton liet zien op welke wijze dit micro-organisme in staat is een aantal virulentiefactoren te vormen, die antibiotische behandeling bemoeilijken.

Een belangrijk verdedigingsmechanisme wordt gevormd door de productie van de zogenaamde biofilm, een soort slijm laag, waarmee groepjes bacteriën zich omhullen om zodoende slechter toegankelijk te worden voor antibiotica. Bij de vorming van deze biofilm treden bacteriën met elkaar in contact en blijken zij in staat onderling te communiceren, een proces dat bekend staat als "quorum sensing". Een andere fenomeen dat besproken werd, is het vermogen van sommige pseudomonassoorten zich intracellulair op te houden en te vermenigvuldigen, een eigenschap die door Mouton werd aangeduid als "The hiding of *Pseudomonas aeruginosa*".

Het is waarschijnlijk dat het gunstige effect van azithromycine onderhoudsbehandeling, zoals dat is beschreven bij patiënten met cystic fibrosis, deels berust op inhibitie van de mechanismen, die verantwoordelijk zijn voor de upregulatie van deze virulentiefactoren.

Na de pauze werd door ziekenhuisapotheker Dr. P.P.H. Le Brun de farmacokinetiek bij gebruik van inhalatieantibiotica behandeld, een voor longartsen lastig onderwerp. Bij het toedienen van

geneesmiddelen per inhalatie is het zaak een aërosol van het middel te genereren met deeltjes in de gewenste aërodynamische deeltjesgrootte. Daartoe is een groot aantal inhalatoren voorhanden. De depositie in de luchtwegen is afhankelijk van een aantal mechanismen, zoals inertiële impactie, sedimentatie en diffusie, processen die van meer of minder belang zijn, naarmate de luchtwegdiameter verschilt. De gewenste deeltjesgrootte voor pulmonale toediening bedraagt 1-5 μm . Het inhaleren van antibiotica is vooralsnog alleen mogelijk via een vernevelaar, een toedieningsvorm die relatief complex en tijdrovend is en leidt tot een slechte 'patient compliance'. Met nieuwe, snellere vernevelaars is volgens Le Brun nog onvoldoende klinisch onderzoek verricht om routinematige toepassing te propageren. Hoe de in dit verband noodzakelijke metingen in het farmacologisch laboratorium plaatsvinden werd door de spreker geïllustreerd aan de hand van een voorbeeld, waarbij spiegelbepalingen in serum en urine werden verricht na eenmalige inhalatie van resp. 1000 en 600 mg tobramycine. Het invoeren van de verkregen meetwaarden in een kinetiekmodel, zoals door de groep van Le Brun is toegepast, kan in de toekomst waardevol blijken bij het doen van voorspellingen omtrent effectiviteit en toxiciteit van het desbetreffende geneesmiddel.

De serie lezingen werd afgesloten door Prof. Lammers, die eerst een overzicht presenteerde van de resultaten van de behandeling met antibiotica per inhalatie bij CF-patiënten om vervolgens de toepasbaarheid van deze therapie bij niet-CF-bronchiëctasieën aan de orde te stellen. In de afgelopen jaren is duidelijk geworden dat de prognose van CF verbeterd kan worden door te trachten chronische kolonisatie met *Pseudomonas aeruginosa* zo lang mogelijk uit te stellen. Inhalatie van antibiotica kan daarbij een rol van betekenis spelen. Heeft kolonisatie inmiddels plaatsgevonden, dan kan verbetering van klinische en bacteriologische parameters bereikt worden door intermitterende verneveling met tobramycine, zoals is aangetoond in de inmiddels klassieke studie van Ramsey e.a. (NEJM 1999, 340:23-30).

Dat dit ook het geval kan zijn voor niet-CF-patiënten met ernstige bronchiëctasieën wordt gesuggereerd door een drietal studies, waarvan één niet gecontroleerde. In deze studies wordt een afname gezien van de pseudomonasdichtheid in het sputum, verbetering van longklachten (sputumproductie, hoesten) en een afname van de kans op ziekenhuisopnames. Daarbij komt naar voren dat de resultaten niet voor alle gebruikte parameters consistent zijn. Opvallend is met name dat bij cystic fibrosis een veel sterkere respons op de longfunctie wordt waargenomen.

Het symposium werd afgesloten met een uitgebreide discussie aan de hand van een aantal door de sprekers geponeerde stellingen.

Het aanwezige gezelschap van ca. 40 longartsen boog zich hierbij onder meer over de noodzaak bij de diagnose bronchiëctasieën te zoeken naar de onderliggende oorzaak (stelling Van Haren) en bij patiënten met *Pseudomonas aeruginosa* infecties altijd een behandeling te geven, gericht op eradicatie van dit micro-organisme (stelling Lammers).

Tijdens de levendige discussie werd duidelijk dat in Nederland op een aantal belangrijke punten zeker geen communis opinio bestaat ten aanzien van de diagnostische en therapeutische aanpak van de patiënt met bronchiëctasieën.

Het gezelschap was het eens over het nut van het symposium en de hoge kwaliteit van de verschillende presentaties. Dat het gevolg was dat met betrekking tot het probleem in kwestie meer nieuwe vragen waren opgeworpen dan er antwoorden konden worden gegeven, nam men graag op de koop toe.

B. Roldaan

Verslag Clinic 'Palliatieve Zorg' Liverpool 10 – 13 januari 2006

Van dinsdag 10 januari t/m vrijdag 13 januari vond dit jaar de 2^e clinic palliatieve zorg plaats in Liverpool, GB. Onder leiding van collega Bert Baas (Tiel) in samenwerking met Jan-Willem Lammers (Utrecht) en Prof. John Ellershaw was een 3-daags programma opgesteld in het Marie Curie Center, Royal Liverpool University, waarin diverse aspecten van palliatieve zorg en communicatie werden belicht.

Na een korte vlucht op dinsdagavond 10 januari werd rond 19.00 uur -local time- geland op het Liverpool John Lennon Airport waarna de reis direct werd voortgezet naar het hotel. Na inspectie van de kamers werd tijdens het diner kennis gemaakt met Professor John Ellershaw, goeroe op het gebied van palliatieve zorg en o.a. bekend van de 'Liverpool Care Pathway (LCP) for the Dying Patiënt'. Er werd direct gelijkenis ontdekt tussen Ellershaw en Rowan Atkinson, alias Mr. Bean. Deze gelijkenis bleek echter puur toeval en was min of meer een speling van de natuur.

Op woensdag 11 januari volgde na een typisch Engels ontbijt met bacon & eggs en (vette) toast de reis naar het Marie Curie Center. Dit centrum bestaat sedert 1994 en is een palliatief zorgcentrum met consultatieve activiteiten in 1^e en 2^e lijn en fungeert verder als hospice voor de lokale oncologische patiënt.

Na welkomswaarden van Baas en Ellershaw werd kort de historie en opzet van palliatieve zorg in Groot Brittannië besproken. Het grote verschil met de Nederlandse situatie is het feit dat wij in Nederland geen specifieke palliatieve zorg specialisten hebben, dit in tegenstelling tot de Britse situatie waar de 'specialist palliative care' bestaat. De 'specialist palliative care' (opleidingsduur van 4½ jaar na het arts-examen) vindt zijn/haar werkzaamheden vooral in consultatieve functies in 1^e en 2^e lijns zorg en in hospices. De palliatieve zorg werkzaamheden omvatten vooral taken die in de Nederlandse situatie met name door de huisarts of behandelend specialist worden vervuld.

De rest van de dag was gevuld met training in communicatie. Onder enthousiaste begeleiding van Dhr. J. Joosten (consulent Odyseegroep) en Mw. G. Reijersen van Buuren (medisch maatschappelijkwerk Ziekenhuis Rivierenland Tiel)) werden in werkgroepverband diverse aspecten van communicatie belicht. In een open sfeer werd een appèl gedaan op eigen inbreng van -vaak persoonlijke- ervaringen om de discussie levendig te houden. In rollenspellen en demonstraties met poppetjes en figuurtjes werden diverse thema's behandeld over interpersoonlijke interacties en het gevolg van de eigen inbreng hierin. Zo werd ons duidelijk dat in Maastricht conflicten in de kroeg opgelost dienen te worden en bij oplopende emoties de buitenlucht wonderen doet (...).

Na een intensieve trainingsdag werd het programma afgesloten met een bezoek aan een hedendaagse versie van Cinderella gekenmerkt door een fraaie weergave van toneel, (luide) muziek, zang en fraaie costuums.

Op donderdag 12 januari werd het ochtendprogramma gevuld met lezingen van Ellershaw, Lammers en Baas over respectievelijk pijnbestrijding in de palliatieve situatie en 'the pathway of the dying', de rol van corticosteroïden in de terminale fase en diverse kenmerken van het delier. Na een (overigens altijd heerlijke) lunch in het Centrum werd de middag gevuld door een lezing c.q. open discussie met lokale ethici over diverse ethische aspecten van de palliatieve zorg. Deze dag werd afgesloten met een gezellig en lekker diner in 'London Carriageworks' voor een kennismaking met de diverse 'specialists of palliative care' die ons de volgende dag zouden begeleiden in de diverse hospices.

Na opsplitsing in diverse groepjes werd de vrijdagochtend gevuld met een bezoek aan de afdelingen palliative care van het Linda McCartney Centre in Liverpool, Marie Curie Hospice in

Liverpool, St John's Hospice in Wirral en het Queenscourt Hospice in Southport. Deze bezoeken gaven een fraaie indruk van hoe de palliatieve zorg in Groot Brittanië is georganiseerd en in de praktijk verloopt.

Het middagprogramma werd benut om nog enkele casussen te bespreken en vooral om te inventariseren hoe we het geleerde kunnen omzetten naar verhoging van de (pulmonologische) palliatieve zorg in Nederland. Er werd o.a. gespeculeerd over opzetten van een werkgroep palliatieve zorg binnen NVALT verband. Duidelijk is wel dat dit item nog verder uitgewerkt dient te worden.

Na een vlotte terugvlucht werd er vrijdagavond weer om 21.30 uur -lokale tijd- geland op schiphol. Terugkijkend concludeerden we dat de organisatie ook deze keer weer een zeer goede cursus palliatieve zorg had opgezet die goed aansluit bij ons dagelijks werk en weer meer inhoud heeft gegeven aan dit bijzonder belangrijke item.

Tot slot wil ik AstraZeneca bedanken voor het faciliteren van deze cursus.

Ben van den Borne, longarts
Catharina-ziekenhuis, Eindhoven

Voor Elck wat Wils - Cuba Respiratoir 2005

8 t/m 15 november

Na de enthousiaste berichten over de cursus van vorig jaar in Paramaribo, was iedereen er dit jaar als de kippen bij om zich in te schrijven voor de cursus op Cuba.

Na de lange vlucht en aansluitende busreis stonden we rond middernacht op het dakterras van ons prachtige hotel van een welkomstdrankje te genieten.

De week kon beginnen, en wat voor een week, een cursus propvol met lezingen en workshops met tussendoor interessante uitstapjes in en rond Havana en later Trinidad.

Een compleet verslag geven van deze volle cursus zou te ver voeren, daarom zal ik in het kort de week de revue laten passeren.

De eerste ochtend vertelde Prof. Nemery ons de laatste inzichten over inhalatietrauma. De ernst en de localisatie van de schade in de luchtwegen is sterk afhankelijk van de mate van wateroplosbaarheid van het agens. RADS (reactive airway dysfunction syndrome) werd uitvoerig besproken. Zoals te verwachten komt RADS veel voor bij brandweerlieden na expositie op 9-11 te New York. Het is van belang bij inhalatietraumata alles te documenteren inclusief spirometrie en histaminedrempel.

Anton Vonk Noordegraaf en cardioloog Bernard Broers bespraken in hun workshop de belangrijke items van echocardiografie bij de analyse van dyspnoe eci (cardiaal/pulmonaal?).

's Middags was er een bustocht door Havana (la Habana). Rondom het grote plein van de Revolutie lagen half vervallen gebouwen van Russische makelij. Op deze plek houdt Fidel Castro zijn befaamde toespraken. Vervolgens bezochten wij een sigaren fabriek, waar de mensen in lange rijen Havana's met de hand maken. We werden er rondgeleid als een groep rijke westerlingen, wat een gevoel van gêne teweeg bracht.

Havana ziet er vervallen uit, maar op een bepaalde manier is het toch erg mooi, die vergane koloniale glorie. De mensen zijn aardig en lijken alle tijd te hebben. Er heerst op het oog een ontspannen sfeer; hier en daar wordt op straat aan een motorblok gesleuteld. Je ziet veel prachtige oude Amerikaanse sleeën net als op de omslag van de CD van de Buena Vista Social Club. Na de laatste sancties van Bush heeft Fidel de dollar in de ban gedaan; dus euro's zijn van harte welkom. Verder helemaal geen reclame, geen MacDonalds etc.! Heerlijk!

De volgende ochtend werd door Harry Groen een fraai overzicht gegeven over de waarde van adjuvant chemotherapie bij het NSCLC. Er blijkt op grond van de laatste studies een kleine, maar significante, verbetering (8,6%) van de 5-jaarsoverleving te zijn. Met name bij stadium II en IIIa lijkt deze therapie zinvol.

Egbert Smit praatte ons bij over EGFR inhibitors (zoals Iressa en Tarceva).

's Middags bezochten we een koffieplantage, een groot woord voor een huizenblok van Russische makelij met slechts enkele koffieplanten gelegen midden in de heuvels. Hier zag je dat de plan- economie toch zijn nadelen heeft! Na een heerlijke zwempartij in de rivier hadden diverse mensen last van jeukende bultjes. Prof. Kager stelde ons gerust: de kans op Denguekoorts was klein.

Prof. van der Hoeven gaf een fraai overzicht over de behandeling van ARDS. Zijn take-home messages waren: teugvolume 6-8 ml/kg, PEEP individueel instellen, corticosteroiden mogelijk bij de fibroproliferatieve fase en "droog" houden.

Op vrijdag besprak Yvonne Heydra op heldere wijze de "9-panel plots" bij de beoordeling van de fietsergometrie (CPET).

Na wederom interessante werkgroepen bezochten we 's middags eerst een Cubaans ziekenhuis. Hierbij werd eerst een lezing gegeven door het hoofd van de kliniek, getiteld "The Cuban health system", waarna door Stewart namens de Stichting longfunctieapparatuur aan het ziekenhuis werd aangeboden. Vervolgens werden we meegenomen voor een rondgang langs de zalen. We zagen echter alleen een bijna voltooide nieuwe vleugel van het ziekenhuis, maar geen enkele patiënt!

Vervolgens werd een restaurant bezocht waar, de door de Cubanen bewonderde, Hemingway vroeger veel kwam.

De dag werd vervolgd met lezingen over pulmonale hypertensie bij COPD en bioterrorisme en wat hierbij voor ons als longarts van belang is.

Van de aansluitende werkgroepen noem ik vooral het prachtige verhaal van Prof. Verschakelen over de beoordeling van de HRCT scan.

Na wederom de dag gestart te zijn met werkgroepen vertrokken we op zaterdag naar Trinidad, idyllisch gelegen aan de Caribische zee.

De volgende ochtend werden we met open oude Russische legertrucks naar de Topes de Collantes gebracht. Via slecht begaanbare wegen bereikten we hoog in dit bergachtige gebied een vochtig bos met riviertjes, waar veel vlinders, kleine orchideeën en kolibries waren te zien. Tussendoor kon er gezwommen worden onder een waterval. Een belevenis!

Na een Criolla-maaltijd vertrokken we weer naar de laagvlakte waar gelegenheid was om Trinidad bij ondergaande zon te fotograferen: fraaie plaatjes in de sfeer van Zorro.

's Avonds werd er salsa gedanst in de Casa da Trova in Trinidad.

De volgende ochtend was er gelegenheid wat uit te rusten aan het strand, waarna we per bus weer richting Havana gingen.

Na een wervelende Tropicana show, waar we in Amerikaanse sleeën vol glamour naar toe waren gebracht, zat de week er weer bijna op.

Maar niet nadat de laatste dag o.a. longtransplantaties en thoraxtraumata nog overzichtelijk besproken waren.

De cursus werd afgesloten met dank aan de uitstekende sprekers, sponsors en de organisatoren met Stuart Wills als stuwende kracht. Het slotwoord was voor Cees Westermann, die op zijn eigen humoristische wijze de zaken in perspectief zette. Wij hadden een intensieve week achter de rug met veel cursussen, veel geleerd en veel gezien.

Casper de Graaff

Verslag tuberculosis clinic Kaapstad 23-29 januari

Op maandag 23 januari verzamelden zich zestien longartsen op Schiphol om deel te nemen aan de eerste tuberculosis clinic in het Grootte Schuur Ziekenhuis, Cape-Town university. Het leek mij een uitstekende gelegenheid om mij bij te scholen in de nieuwste facetten van de tuberculose behandeling in een land met hoge HIV incidentie en Zuid-Afrika en Kaapstad in het bijzonder te ontdekken.

We verbleven in het Cullinan hotel, in het centrum van Kaapstad, op loopafstand van het Waterfront, de oude haven en pakhuizen met fraaie terrassen, restaurants en trendy winkels. Niet dat we daar veel tijd voor hadden, want het programma was zeer gecompriemd en leende zich uitstekend voor het bijpunten van de kennis over tuberculose en de inrichting van de gezondheidszorg in Zuid-Afrika.

De ontvangst door Prof. Eric Bateman en zijn team was hartelijk, ze hadden zich uitstekend voorbereid om te sparren met de tuberculose-experts uit Nederland, die in de persoon van Wiel de Lange en Richard van Altena een inkijk gaven op de Nederlandse situatie.

Na een inleiding over de omvang van het tuberculose probleem in Zuid-Afrika door prof. Bateman maakte Marleen Bakker duidelijk waarom een dergelijke cursus voor de Nederlandse longarts broodnodig is, toen ze eenvoudigweg kon aantonen dat wij per longarts gemiddeld maar twee patiënten per jaar zien.

De incidentie ligt in de West-Kaap zo'n 200 keer hoger. Lange tijd heeft het ernaar uitgezien dat de tuberculose onder controle zou komen. Vanaf 1990 neemt de incidentie onrustbarende vormen aan. Dit wordt in belangrijke mate geweten aan de HIV-epidemie. Bovendien nemen de problemen met de multidrugresistance (MDR= resistentie voor INH en rifampicine) toe. Het is daarnaast niet ongewoon om twee of drie keer opnieuw een tuberculose te ontwikkelen. De omvang van de TBC-problematiek is ons indringend duidelijk geworden, waarbij het gevoel ontstaat dat het probleem te groot is om alleen vanuit een medische invalshoek op te kunnen lossen

Ik vond het fascinerend om een beeld geschetst te krijgen van de inrichting van de zorg voor tuberculose in de West-Kaap. Op voorhand had ik de indruk dat een relatief rijk land als Zuid-Afrika een adequate inrichting van de medische zorg op poten had en het zich daarin zou onderscheiden van de overige landen in SubSahara- Afrika. Het tegendeel bleek het geval.

In de West-Kaap wonen 1,5 miljoen inwoners. De incidentie voor tuberculose is zo'n 250 op 100.000. In armere gebieden zoals in Khayelitsha (400.000 inwoners) is de TBC-incidentie 1611/100.000. Bij antenatale screening bleek 27% HIV positief. In de leeftijd van 20-35 jaar is 1/3 van de vrouwen in het gehele gebied HIV positief.

Voor deze omgerekend ongeveer 1500 nieuwe gevallen zijn er 16 tuberculose poliklinieken, de primaire opvang, veelal werkend met DOTS. Vanuit deze poliklinieken kan verwezen worden naar het Jooste ziekenhuis dat de beschikking heeft over 180 bedden voor general medicine en chirurgie. Het Jooste ziekenhuis is het enige algemene ziekenhuis in de West-Kaap. Hier worden 6000 "casualties" per maand gepresenteerd, vooral traumagevallen ten gevolge van schot- en steekwonden. Een pneumothorax t.g.v. een messteek vergt gemiddeld thoraxdrainage van twee-enhalve dag. Dit ziekenhuis heeft de beschikking over een basaal laboratorium, een eenvoudige Röntgenafdeling, zonder CT (hoe moet dat met al die meningitiden?) en moet het zelfs stellen zonder bronchoscopie-faciliteiten. In geval bronchoscopie nodig wordt geacht moet verwezen worden naar het Groote Schuur ziekenhuis, waar vanuit de Rotterdamse opleiding een stageplaats is gecreëerd voor een periode van twee maanden. Het scala aan pathologie dat je dan voorbij ziet trekken is indrukwekkend. Op de polikliniek worden iedere ochtend een kleine vijftig patiënten gezien en besproken met de stafleden. Hiervoor wordt uitvoerig tijd uitgetrokken en bij interessante patiënten worden alle artsen bijeengeroepen om de casus te bespreken. De inrichting van het onderwijs is Angelsaksisch degelijk. In zeer korte tijd bestaat de mogelijkheid om een heel leerboek longziekten te absorberen.

Opname mogelijkheden in het Groote Schuur zijn beperkt, de afdeling longziekten heeft slechts drie bedden. De criteria voor opname zijn dusdanig dat ook ernstig zieke mensen thuis verzorgd moeten worden.

In de regio zijn twee tuberculose klinieken het Brooklyn Chest hospital en ziekenhuis Brewelskloof waar wij op woensdag te gast waren. Ernstige gevallen van multiproblematiek bij tuberculose werden hier twee tot vier maanden opgenomen. Als regel betrof het hier patiënten met ernstig ondergewicht, multiresistentie of HIV gerelateerde problemen. De diverse gevallen werden door de arts-assistenten gepresenteerd en gezamenlijk bediscussieerd.

Opvallend en kenmerkend voor de gastvrijheid en het belang dat er van de zijde van het Groote Schuur aan werd gehecht vond ik de bijna continue aanwezigheid van de professoren Bateman (head of the department), mw. Walther, cardio-thoracaal chirurg en Willcox waardoor een hoog nivo van de bespreking was gegarandeerd. Ik had de indruk dat de kliniek voor een week stil lag louter om deze cursus tot een succes te maken.

De meeste indruk op mij maakte Prof. Solly Benatar, professor of Medicine and director of the Bioethics Centre, University of Cape Town, met zijn pleidooi voor verandering, toevallig op 24 januari te lezen in de krant Cape Times op blz.9 onder de kop;" Moral challenge of a sick world". " There is a back to the future irony in infectious diseases again becoming the biggest threat to human health and security. To empathise with others requires critical examination of our individual lives and of our nations' actions, the capacity to see ourselves as bound to all other people and the sensitivity to imagine what it may be like to be a person living a very deprived and threatened life."

De boodschap is duidelijk, Een oplossing van het tuberculose en HIV-probleem vereist een global effort en schreeuwt om een betere verdeling van inkomen, waar nu nog 82,7% van het totale wereld inkomen terecht komt bij de rijkste 20% van de mensen en waar 60% van de wereldbevolking het moet doen met 5,6% van het totaal.

Op donderdag werden we onderwezen in HAART, (highly active anti-retroviral therapy). Vanaf eind 2003 wordt retrovirale therapie toegepast waarbij er vanuit twee speciale poliklinieken inmiddels 5.000 (van de totaal 200.000 in de regio!!!) patiënten behandeld worden. Volledig nieuw voor mij was de hierbij regelmatig optredende IRIS, het immuun reconstitution inflammatory syndrome. Het betreft hier een paradoxe verslechtering van een goed behandeld infect (bij TBC een incidentie van 8-43%, kweek-negatief) dan wel een "unmasking van een niet-

herkende infectie, danwel een auto-immuun fenomeen. In een indrukwekkende presentatie lichte collega G.Meintjies dit toe.

De dagen waren vol gepland, de indrukken overweldigend en ik besef nu hoe goed ingepast het sociale programma was, waarbij overigens frequent de Zuid-Afrikaanse sprekers aanwezig waren. De Tafelberg, Robbeneiland, Franschoek het maakte op mij grote indruk en bevestigde het gevoel dat Kaapstad een door God verkozen locatie is. Dat enkele dagen na ons bezoek de flora van de Tafelberg het onder een veenbrand vuur begaf, betekende een kortdurende evacuatie van het Rotterdamse arts-assistenten huis in Oranjezicht. Gelukkig is de fik die zich over twee dagen uitstreckte relatief zonder grote schade aan huizen verlopen.

Ronduit fantastisch waren de diners in het Italiaanse restaurant 95 keerom, in restaurant Buitenverwachting in Constantia en in restaurant "De twaalf Apostelen".

De culinaire genoegens waren inderdaad "One step away from heaven", ik realiseer me hoezeer we in twee werelden hebben vertoefd.

Voor mij heeft de cursus in velerlei opzicht mijn verwachtingen overtroffen. Als ik nadenk hoe dat komt kom ik uit op een combinatie van de presentatie van tuberculose in een derde wereldland, geanalyseerd op Brits nuchtere wijze waarbij ons een unieke inkijk werd geboden in een veld waarvan wij claimen dat het van ons is. Deze cursus voorziet in een behoefte!

Huub Belderbos.

TBC stage in Zuid-Afrika

Sinds januari 2005 heeft de afdeling Longziekten van het Erasmus MC een samenwerkingsverband met het Groote Schuur Ziekenhuis in Kaapstad. Hierdoor bestaat de mogelijkheid voor longartsen in opleiding om hier gedurende 3 tot 4 maanden een stage te doen. De meeste mensen kennen het ziekenhuis wel vanwege de eerste harttransplantatie die er in 1967 werd verricht. Het ziekenhuis heeft echter ook een goede reputatie op het gebied van longziekten, met name wat betreft astma, interstitiële longziekten en TBC. Het hoofddoel van mijn bezoek aan Zuid-Afrika was meer ervaring opdoen met deze laatste aandoening, TBC. Op 2 oktober 2005 vertrok ik met mijn gezin naar Kaapstad voor een verblijf van drie maanden.

In Nederland is TBC voornamelijk een ziekte die voorkomt onder daklozen, drugsverslaafden en immigranten. De meeste nieuwe gevallen doen zich voor in asielzoekerscentra en in de grote steden. Het aantal nieuwe gevallen van TBC in heel Nederland is 1400/jaar, omgerekend ongeveer 10 per 100.000 mensen. In Rotterdam, waar ik vandaan kom, is de incidentie van de ziekte hoger dan elders in het land. Deze cijfers staan echter in geen verhouding tot wat je in Kaapstad tegenkomt. De incidentie van TBC in Zuid-Afrika is gemiddeld 25 keer hoger dan in Nederland. In de West Kaap provincie, waar Kaapstad ligt, is de incidentie zelfs 400 per 100.000 mensen!

De sociale context wordt al snel duidelijk bij aankomst in Kaapstad. Op weg van het vliegveld naar ons huis in Oranjezicht, passeren we achtereenvolgens Kayelitsha, Guguletu en Langa. Deze townships bevinden zich in verschillende stadia van ontwikkeling. Kayelitsha is verreweg de grootste en bestaat uit een wirwar van dicht op elkaar staande hutjes van amper 12 m² waar hele families wonen. De hygiënische omstandigheden zijn matig tot slecht en de criminaliteit is hoog. Deze townships groeien enorm door een continue aanvoer van kansarme zwarte Afrikanen, die in de grote stad hun geluk hopen te vinden. In Guguletu en Langa worden daarentegen langzaam de effecten zichtbaar van overheidsingrijpen en hier realiseert men op

grote schaal nieuwbouw. Zodoende worden de leefomstandigheden van deze mensen langzaam verbeterd.

De TBC-epidemie, die voornamelijk de zwarte bevolkingsgroep en kleurlingen treft, wordt aangejaagd door de hoge prevalentie van HIV in deze populatie. De combinatie van HIV en TBC heeft ertoe geleid dat het gemiddelde sterftecijfer in Zuid Afrika is gedaald van 70 naar 46 jaar in minder dan twee decennia. Volgens de World Health Organisation was de prevalentie van HIV in de leeftijdsgroep 15 – 49 jaar eind 2003 21,5%. Dit betekent dat ongeveer 5,3 miljoen Zuid-Afrikanen met HIV besmet zijn. Ondanks de uitgebreide informatiecampagnes en preventieve maatregelen is men nog niet in staat gebleken het probleem onder controle te krijgen.

In het Groote Schuur Ziekenhuis heb ik natuurlijk slechts het topje van de ijsberg gezien. Slechts patiënten met een ongebruikelijke presentatie van TBC of diagnostische problematiek kwamen hier terecht. Na aantonen van de TBC-besmetting werden zij voor verdere behandeling verwezen naar 1 van de 20 speciale TBC-klinieken die Kaapstad rijk is. Desondanks kwam TBC vaak op de meest onverwachte momenten om de hoek kijken, bijvoorbeeld bij interstitiële patiënten die werden behandeld met immuunsuppressieve middelen of bij vermeende kankerpatiënten. Naast de diagnostiek van TBC bestaat er in het Groote Schuur Ziekenhuis uitgebreide ervaring met de behandeling van Multi-drug resistente (MDR) TBC. Onder supervisie van prof. Willcox werden deze patiënten intensief gecontroleerd en behandeld, vaak met een combinatie van medicamenteuze en chirurgische therapie.

Een dag per twee weken was ik in de gelegenheid om een bezoek te brengen aan zo'n specialistisch TBC-ziekenhuis in Worcester, ongeveer 100 km ten oosten van Kaapstad. Samen met één van de *consultants* zag ik daar tientallen patiënten met een ongebruikelijk ziektebeloop of complicaties van TBC. Het is bewonderenswaardig hoe de dokters in die moeilijke omstandigheden en met hun beperkte middelen toch in staat zijn om zulke goede zorg te leveren.

En is Kaapstad een gevaarlijke stad? Afgaande op het aantal beveiligingsbeamten dat er rondloopt en de Röntgenpoortjes in het Groote Schuur ziekenhuis wel. Zelf hebben we echter geen vervelende ervaringen meegemaakt en vonden we de Zuid-Afrikanen zelfs erg aardig en relaxed. De enige keer dat we zijn overvallen was toen we een bezoek brachten aan Kaap de Goede Hoop en een grote mannetjesbaviaan er vandoor ging met onze rugzak. Onbereikbaar voor ons deed hij zich tegoed aan de koekjes en kauwgom, die we hadden meegenomen. Gelukkig hebben we de rugzak met daarin paspoorten, camera en portemonnee later teruggekregen van een ranger.

Concluderend waren de afgelopen drie maanden een ervaring die ik nooit had willen missen. Behalve tot het verrijken van mijn eigen kennis op het gebied van TBC, heeft het met name geleid tot een beter inzicht in het enorme probleem dat TBC wereldwijd nog steeds is. Aangezien, door de moderne transportmiddelen, de migratie van personen de laatste decennia flink is toegenomen, zal controle van het TBC-probleem in Nederland niet bereikt kunnen worden zonder ondersteuning van TBC-bestrijding in landen, zoals Zuid-Afrika.

Gert-Jan Braunstahl
Aios
Erasmus MC Rotterdam

Eerste ERS review voor en door longverpleegkundigen

Op 22 november is de eerste ERS review voor longverpleegkundigen gehouden. Deze review was een initiatief van een aantal longverpleegkundigen uit het netwerk NVL-Noord Nederland die de ERS in Kopenhagen hebben bezocht. De avond werd georganiseerd in samenwerking met GlaxoSmithKline. Het doel van de avond was om de opgedane kennis te verspreiden onder longverpleegkundigen. Dat hier behoefte aan was werd al snel duidelijk, na 90 aanmeldingen was de zaal vol en werd de inschrijving gesloten.

De opbouw van de avond was het presenteren van onderzoeken rondom een bepaald onderwerp in ongeveer 10 minuten. Op deze manier konden de aanwezigen proeven aan de werkwijze van de ERS waar ook in korte tijd onderzoeken rond een thema worden gepresenteerd. Voor het onderwerp kinderen was een half uur uitgetrokken.

De review werd gestart met een inleiding over de inhoud en het lidmaatschap van de ERS, bij het organiseren van de review werd namelijk duidelijk dat dit niet bij alle longverpleegkundigen bekend is. Daarna werd door Brigitte Boot (longverpleegkundige UMCG) kort een vijftal onderzoeken gepresenteerd; indicatoren voor heropname bij COPD, zuurstofbehandeling, effect van herhaalde spirometrie en rookstopadvies, rookstop geeft verlaagd risico op het krijgen van COPD en thermoplastiek als behandeling bij astma.

Daarna was het woord aan Christine van Baak (kinderlongverpleegkundige Beatrixkinderkliniek UMCG). Zij behandelde de belangrijkste conclusies van onderzoeken over de rol van genetica bij astma en allergie, het monitoren van CF met de CT-scan, depositie van medicamenten met de babyhaler versus de aerochamber, de rol van de kinderlongverpleegkundige bij het inhaleren van medicamenten, de pathologie/immunologie van difficult astma, disfunctionele ademhaling en longfunctie bij jonge kinderen.

Na de koffiepauze gaf Brigitte Boot uitleg over evidence based practice en werden er handvatten gegeven voor het beoordelen van onderzoekspublicaties. Daarna ging Agnes Zwiars (longverpleegkundige Diaconessenhuis) in op het doel, het belang en de werkbaarheid van de Astma Quality of Life Questionnaire. Vervolgens gaf ze een presentatie over het hoe, het waarom en de voordelen van Fractional Exhaled Nitric Oxidemetingen (FeNo).

De mogelijkheden van nieuwe medicamenten, die nog niet op de markt zijn (rimonabant, varenicline en nicotinevaccins) bij stoppen met roken werden behandeld door Titia Klemmeier (longverpleegkundige Martini Ziekenhuis). Aansluitend gaf ze de belangrijkste conclusies weer uit onderzoeken met als onderwerpen; allergische rhinitis niet routinematig gediagnosticeerd en behandeld bij astma, validiteit van de astmacontrole vragenlijst, therapie ontrouw zijn, de beschikbaarheid van een telefonische consultatie en impact op astmazorg, en astmapatiënten blijven slecht gecontroleerd.

Rianne Kroeze (longverpleegkundige Scheperziekenhuis) presenteerde onderzoeken rondom astma en zwangerschap. Ze gaf de belangrijkste conclusies weer van onderzoeken naar astma en een laag geboortegewicht, ernstig astma en de kwaliteit van leven gedurende de zwangerschap en de hormonale periode bij bronchiaal astma gedurende de zwangerschap.

Daarna was het de beurt aan Letty van der Schaaf (longverpleegkundige AMC). Zij besprak een aantal onderzoeken met de conclusies op het gebied van Cystic Fibrose. De volgende onderwerpen kwamen aan bod: de rol van 'viral agents' bij CF, CF patiënten worden door de

huidige behandeling steeds ouder, CF wordt ook wel op oudere leeftijd gediagnosticeerd en de transitie van CF patiënten van de kinderopklinik naar de volwassen poliklinik.

Tot slot gaf Walter van Litsenburg (longverpleegkundige Catharina Ziekenhuis) een presentatie over telemedicine. Hij ging in op de definitie doelstelling en mogelijkheden omtrent telemedicine en de voor- en nadelen.

De reacties van de aanwezigen waren uitermate positief. De deelnemers gaven aan het prettig te vinden om op deze wijze op de hoogte te worden gebracht van nieuwe ontwikkelingen op het gebied van de longgeneeskunde. Daarnaast bood de avond ook de mogelijkheid tot netwerken. De NVL heeft dan ook besloten om jaarlijks een ERS review voor longverpleegkundigen te organiseren om, de op de ERS opgedane kennis, te verspreiden. Er zal dan op toegezien worden dat de zaal groter is zodat wel alle belangstellenden toegelaten kunnen worden. Door het organiseren van de ERS review levert de NVL een bijdrage aan de ontwikkeling en de professionalisering van het beroep van longverpleegkundige.

Brigitte Boot, longverpleegkundige Universitair Medisch Centrum Groningen



Prof. Dr Jaap Swierenga Stichting

Nieuwegein, januari 2006

Bestuur:
Dr. R.G.J.R.A. Vanderschueren,
voorzitter
Dr.Sj.Sc. Wagenaar
Dhr. K.H. Swierenga
Prof. Dr. P. Postmus
Ir. B.F. Delsing
Mevr. Mr. P. Erkens

p.a. Secretariaat Longafdeling
Postbus 2500
3430 CM Nieuwegein
Tel. 030 – 609 20 59
Fax. 030 – 605 20 01



PROF. DR. JAAP SWIERENGA PRIJS 2005

Het bestuur van de Prof. Dr Jaap Swierenga Stichting is voornemens in het jaar 2006 de Prof. Dr. Jaap Swierenga Prijs 2005 uit te reiken aan een Nederlands academicus die zich heeft onderscheiden door onderzoek op het gebied van diagnostiek, pathogenese of therapie van longziekten.

In aanmerking komt klinisch- laboratorium of experimenteel onderzoek dat bijdraagt tot inzicht in, of behandeling van , longziekten in de breedste zin.
Een door het bestuur ingestelde jury zal de inzendingen beoordelen en advies uitbrengen aan het bestuur van de Stichting.
De prijs zal bestaan uit een oorkonde en een bedrag van € 4500,--.

Het bestuur van de Prof. Dr. Jaap Swierenga Stichting is tevens bereid om een subsidie te verlenen aan wetenschappelijk onderzoek op het gebied van longaandoeningen. De hiervoor benodigde formulieren kunnen bij het secretariaat worden aangevraagd.
Door het Stichtingbestuur wordt ook de Prof. Dr. Jaap Swierengapenning uitgereikt aan personen die zich bijzonder verdienstelijk hebben gemaakt, in de meest brede zin van het woord, op wetenschappelijk en sociaal/maatschappelijk gebied.

Aanmelden van kandidaten dient schriftelijk te geschieden bij het secretariaat van de Stichting:
p.a. Secretariaat Longziekten,
St. Antonius Ziekenhuis,
Koekoekslaan 1,
3435 CM Nieuwegein

Het verzoek dient vergezeld te gaan van publicaties, proefschrift e.d. (in 6-voud) verschenen tussen 01-01-2005 en 31-12.2005.

De aanmeldingstermijn sluit op 01-05-2006.

Dr. R.G.J.R.A. Vanderschueren, voorzitter
Prof. Dr. Jaap Swierenga Stichting

Personalia

Kandidaat-leden

Idris Bahce
(aios, Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem)

Ömer Balak
(aios, Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem)

Denise Bänffer
(aios, AMC, Amsterdam)

Annemiek Braam
(aios, Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem)

Annemarie Becker
(aios, VUMC, Amsterdam)

Linda van Eijsden
(aios, Spaarne Ziekenhuis, Hoofddorp)

Hassan El Bouazzaoui
(aios, Hagaziekenhuis, Den Haag)

Magdolen El Soud Youssef
(aios, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven)

Nina Farzam
(aios, Medisch Spectrum Twente, Enschede)

Emriye Genc
(aios, Medisch Spectrum Twente, Enschede)

Nathalie Gerritsen
(aios, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven)

Giny Gielen
(aios, UMC St. Radboud, Nijmegen)

Arno Grob
(agnio, ULC Dekkerswald, Groesbeek)

Bitu Hajian
(aios, AMC, Amsterdam)

Feda Hasami
(aios, UMCG en Martini Ziekenhuis, Groningen)

Hanneke van Helvoort

(hoofd longfunctie laboratorium, ULC Dekkerswald, Groesbeek)

Haider Hussain
(aios, Medisch Spectrum Twente, Enschede)

Wouter Hoefsloot
(aios, UMC St. Radboud, Nijmegen)

Robrecht van der Horst
(aios, Atrium Medisch Centrum, Heerlen)

Jeroen Kloover
(aios, ErasmusMC, Rotterdam)

Wim Kraak
(aios, ErasmusMC, Rotterdam)

Henk Kramer
(aios, UMCG, Groningen)

Gijs Limonard
(aios, Canisius-Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen)

Toon van de Looi
(aios, UMC St. Radboud, Nijmegen)

Christof Majoor
(aios, UMC St. Radboud, Nijmegen)

Khaled Mansour
(aios, AZM, Maastricht)

Rémy Mostard
(aios, Atrium Medisch Centrum, Heerlen)

Maarten Ninaber
(aios, LUMC, Leiden)

Niels Pronk
(aios, Medisch Spectrum Twente, Enschede)

Rajen Ramai
(aios, LUMC, Leiden)

Geert Rootmensen
(aios, AMC, Amsterdam)

Carlos Schwengle
(aios, Medisch Spectrum Twente, Enschede)

Sietske Smulders
(aios, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven)

Nathalie Stadhouders
(aios, ErasmusMC, Rotterdam)

Gerben Stege
(arts-onderzoeker, Rijnstate Ziekenhuis, Arnhem)

Wim Stoop
(arts tuberculosebestrijding, GGD Arnhem)

Lizette Venekamp
(aios, Atrium Medisch Centrum, Heerlen)

Jeroen Verheul
(aios, UMC, Utrecht)

Mei-Zei Wu
(aios, Isala klinieken, Zwolle)