

PULMO *Script*

OFFICIEEL ORGAAN VAN DE NVALT
JAARGANG 28 NR. 3 SEPTEMBER 2017



Eerste bijeenkomst
LHBTI longartsen

Patiëntenparticipatie:
meepraten over onderzoek

Indiveo: patiënteninformatie
in beeld en geluid

Colofon

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

Secretariaat NVALT en Redactie PulmoScript

Luijbenstraat 15
5211 BR 's-Hertogenbosch
Telefoon 073 - 612 61 63
e-mail: secretariaat@nvalt.nl
www.nvalt.nl

Redactieraad:
Jacobine Herbrink
Lisette Kunz
Franz Schramel
Wilma Vlug

Uiterste datum voor insturen kopij
nr. 4: 15 november 2017

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

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

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

Van Engelen - tekst, vormgeving en
drukkwerkadvisen - Eindhoven

ISSN 0925-4749



04 VOORWOORD

Bestuur

05 Vanuit het bestuur

Commissies, secties en werkgroepen

06 Vanuit de Sectie Assistenten

07 Vanuit de Commissie Visitatie

08 Vanuit de Commissie BOM

Osimertinib als behandeling van NSCLC met een EGFR-T790M-mutatie

Rubrieken

11 Opleiding in de kijker: UMCG

13 'Klaar' Peter Sterk

15 Pulmonaal Portret: Steven Rutgers

16 Longarts in het buitenland: Stage Kaapstad, Zuid-Afrika

Nascholing

19 Samenvatting proefschrift Anthonie van der Wekken

Resistance mechanisms in lung cancer patients with EGFR or ALK aberrations treated with kinase inhibitors

20 Samenvatting proefschrift Bitra Hajian

Enhanced COPD phenotyping to improve treatment strategies

En ook

22 Omarmen en zichtbaar maken van diversiteit steeds belangrijker

Eerste bijeenkomst LHBTI longartsen

24 Patiëntenparticipatie

Waarom patiënten moeten meepraten over onderzoek

27 Indiveo

Innovatie-project 'Slimme Animaties'

30 Masterclass Respiratory Infections, Barcelona

32 Oproep Machiel van der Woude Stipendium

Personalia

33 In Memoriam Prof. dr. Ph. Quanjer

33 Kandidaat-leden

34 Nieuw benoemde longartsen

34 Nieuwe rustende leden

35 Congresagenda



Cover: In deze Pulmo Script o.a. aandacht voor de relatie arts-patiënt (zie pagina 32 t/m 39).



Performance kunst

Regelmatig wordt ik door patiënten geraadpleegd wat ik vind van een bepaalde behandeling. Vaak zijn dat therapieën die buiten de reguliere gezondheidszorg vallen. Ik noem maar eens een voorbeeld van bv cannabisolie of COPD behandeling in een zoutkamer. Vaak zijn het behandelingen die niet geregistreerd zijn voor de indicatie waarvoor de patiënt denkt dat het wel zou kunnen werken. Doorgaans is er weinig of geen wetenschappelijk onderzoek bekend. Het adagium 'meten is weten' geldt voor deze behandelingen dus niet, aangezien PubMed en Cochrane zwijgen over dit soort therapieën. Als wetenschappelijk secretaris en universitair opgeleide dokter ben ik vóór 'meten is weten'. Een bijkomende vraag is of dit soort therapieën vergoed zou moeten worden. Aangezien de gemiddelde longpatiënt vaak niet over een grote beurs beschikt, wordt ook dit dilemma van de kosten op het bord van de behandelende arts gelegd. Uiteraard kan ik dan weigeren en geen medewerking verlenen, maar er zit ook nog een andere kant aan dit soort zaken. Als een behandeling onschuldig is en geen onnodige schade veroorzaakt zou vergoeding wel eens niet zo veel problemen kunnen opleveren. Vergelijk het eens met de kunstwereld of maatschappelijke thema's. Een burger die nooit naar een opera gaat, betaalt wel degelijk mee aan het kunstzinnige optreden. Ook de overtuigde pacifist, betaalt mee aan het leger via ons belastingsysteem. Arnon Grunberg heeft hier ook eens zijn visie over gegeven en noemt deze alternatieve behandelingen 'performance kunst'. Ik vind dit een uitermate



treffende beschrijving. Wat dokters namelijk elke dag in de spreekkamer doen is voor een groot gedeelte 'performance kunst'. Niet voor niets wordt de geneeskunde vaak ook geneeskunst genoemd. Zoals Arnon Grunberg ook raak opmerkt is dat de mens vaak niet wordt voortgestuwd door feiten en wetenschap, maar door illusies, wanen, driften en paranoia. Na de overpeinzingen van Arnon Grunberg, ben ik toch wat genuanceerder gaan kijken naar dit soort vragen van patiënten. Zou met deze 'performance kunst', de kwaliteit van leven kunnen worden verbeterd en de kosten van de gezondheidszorg worden verlaagd? Interessant onderzoek lijkt mij, zeker omdat we al weten uit ander onderzoek, dat gemiddeld 30% van proefpersonen een positief effect heeft van een placebo.

Franz Schramel

Vanuit het bestuur

Maandagochtend, spitsuur.

De Luijbenstraat in Den Bosch, het NVALT hoofdkwartier, is vaak rustig, maar fietsen stallen moet je voorzichtig doen: bewoners adopteren, of claimen zelfs de lantaarnpalen. Parkeren is voorbehouden aan kaarthouders. De meeste bezoekers komen dus per trein en steken dan te voet de drukke stationsstraat over. Langs het standbeeld van de Gouden Draak, die uitbeeldt hoe de stad zich jarenlang in een moeras heeft verschanst en verdedigd.

We starten rond 9 uur in de bovenste kamer, onder de balken. De NVALT huurt twee bovenverdiepingen van een stadswoning, onder het bureau is een advocatenkantoor gevestigd. Regelmatig waait de galm van de kerkklokken de dakramen binnen.

Op het programma vandaag allereerst onze jaarlijkse gesprekken met de NVALT medewerkers: Constance, Wilma, Pieter en Trudy (Diny heeft afscheid genomen i.v.m. haar pensioen). Zij zijn de motor van de vereniging. Dagen en vaak avonden in de weer om alle ledenbelangen, congressen, vergaderingen, visitaties, publicaties, accreditaties, facturaties en richtlijnen goed op de rails te krijgen en contact te onderhouden met jullie allen. Ze kennen jullie bijna allemaal van naam, vaak van gezicht en waarschijnlijk ook van karakter. Het werk dat ze verzetten is soms zichtbaar, maar vaak op de achtergrond en zij zijn ongetwijfeld de stabiele factor, zeg maar de ruggengraat van de vereniging, waar het bestuur en de ledensamenstelling regelmatig veranderen. Zonder hen

wou de NVALT als een plumpudding in elkaar zakken...

Na de gesprekken gaan we met z'n allen even lunchen in de historische binnenstad, waar je zo te voet bent. We moeten op tijd terug zijn, want Olivia van het Capaciteitsorgaan wacht op ons. Met haar bespreken we het moeilijke onderwerp van de ramingen voor de toekomst: hoeveel longartsen zal Nederland nodig hebben voor de volgende jaren, en welke factoren hebben hier invloed op? We willen werkloosheid vermijden, maar we willen evenmin te weinig opgeleid hebben om aan de zorgvraag te voldoen. Omdat we als bestuur niet tevreden waren met de eerste schattingen, hebben we een enquête laten uitvoeren door Nivel en daaruit toekomstscenario's laten uitrekenen. Het zijn pittige gesprekken over en weer, waarbij de belangen van de patiënt allereerst, maar ook van de huidige en toekomstige longarts, het ministerie van VWS, de zorgverzekeraars en ziekenhuizen en de basisartsen een rol spelen.

Nadien start de reguliere maandelijkse bestuursvergadering en druppelt iedereen binnen. Er is koffie, thee en koekjes, en later op de avond broodjes vooral voor de gasten die nadien nog urenlang terug naar huis moeten treinen. De begroting voor volgend jaar wordt toegelicht door onze nieuwe accountant en we breken allemaal ons hoofd om alles kloppend te krijgen zonder teveel contributieverhoging. De onderwerpen gaan verder, over kwaliteitsvraagstukken, opleidingsbeslissingen en

beroepsbelangen. De wetenschap komt aan bod en nieuwe kwaliteitsstandaarden worden besproken. We moeten beslissingen nemen, gesteund door de Secties, over nieuwe behandelingen, of kritische beoordelingen van het Zorginstituut met goede onderbouwing beantwoorden. Er zijn vragen van leden die we gezamenlijk overleggen en verzoeken van de Inspectie over de Basisset van volgend jaar. De aanstaande congressen en ledenvergadering worden besproken. Bij elk onderwerp kan iedereen zijn idee inbrengen. Het is vaak bijzonder hoe we allemaal verschillende visies koesteren, allemaal kantjes van dezelfde waarheid, die we dan als afgewogen geheel proberen samen te vatten.

We pauzeren even als de schemering begint te vallen en gaan dan verder met onze collega's uit Amsterdam en Groningen over nieuwe astmabehandelingen.

Pas in het donker trekken we de deur achter ons dicht en sluit Trudy het kantoor af. We zoeken fiets/auto/trein op en gaan de nacht in, naar huis.

Thomas Macken



Vanuit het aios bestuur

Zoals al gezegd in de nieuwsbrief van half augustus, willen wij het najaar starten met een andere manier van jullie op de hoogte houden. Omdat we de laatste periode veel bestuurswisselingen hebben gehad, hier weer de samenstelling van het bestuur. We hopen na de zomer, bij de eerst volgende vergadering, weer een groepsfoto te kunnen maken en deze in de volgende editie van PulmoScript te plaatsen.

Het aios-bestuur 2017-2018:

- Bianca van Veggel (Jeroen Bosch ziekenhuis)
Voorzitter, De Jonge Specialist
- Margot de Koning-Gans (Haga Ziekenhuis)
Secretaris, School voor Longziekten
- Marthe Paats (ErasmusMC)
Concillium, de Jonge Specialist
- Eveline van der Hout (UMC Utrecht)
School voor Longziekten, Commissie Richtlijnen aios-borrel 2017, Bronckhorst 2017
- Frank Borm (Rijnstate)
Concillium, CCO
- Jan Willem Kroon (OLVG)
CCO, PulmoScript
- Lisette Romme (Catharina Ziekenhuis)
Bronckhorst 2017, CCO
- Marjolein van Es (Martini Ziekenhuis)
PulmoScript, aios-borrel 2017, website
- Gea Slingerland-Helfrich (Medisch Centrum Leeuwarden)
PulmoScript, website, nieuwsbrieven

Hermes-examen

In de nieuwsbrief hebben we hier ook al aandacht aan besteed, maar omdat het toch een flinke verandering is willen we het hier nogmaals benoemen. Op zaterdag 7 oktober 2017 is het Hermes-examen, dit start om stipt 10 uur in het Beatrixgebouw in Utrecht. Het Hermes-examen was ons als bestuur al een aantal jaren een doorn in het oog; niet zo zeer het feit dat er een kennistoets is maar wel de opzet hiervan. Veelgehoorde kritiek was dat het niet goed aansloot op de Nederlandse situatie, er nauwelijks verschil te zien was tussen de opleidingsjaren en dat er geen mogelijkheid was om de toets na te spreken. Omdat er veel logistieke bezwaren zijn voor een Nederlandse versie wordt er nu eerst gekeken of het Hermes-examen geoptimaliseerd kan worden voor de Nederlandse situatie. Dit betekent dat er een Nederlandse longarts kijkt naar de vragen en vragen schrapt die niet aansluiten op de situatie in Nederland. Hierdoor wordt het examen korter

(1 uur), maar we krijgen ook de mogelijkheid om de toets na te bespreken (van 11.00 - 13.00 uur). We zijn erg benieuwd hoe dit gaat verlopen en zijn nieuwsgierig naar de feedback op deze ontwikkelingen.

aios-lunch

Na het Hermes-examen wordt er door het NVALT-aios bestuur een uitgebreide lunch georganiseerd. Vorig jaar was de lunch een groot succes, met een goede opkomst en veel positieve reacties van jullie. Daarom willen we ook dit jaar weer een lunch organiseren. De lunch zal plaats vinden bij Speys (tegenover de Jaarbeurs). Voorafgaand aan het examen zullen wij net als vorig jaar weer een vragenlijst uitdelen om jullie mening over een aantal zaken te kunnen peilen, zodat wij als bestuur de aios beter kunnen vertegenwoordigen. We hopen dat jullie de vragenlijst daarom allemaal invullen.

We rekenen opnieuw op een hoge opkomst en een gezellige middag om het examen af te sluiten. Alvast een gezellige en smakvolle lunch gewenst.

NIVEL-rapport

We hadden gehoopt jullie in deze PulmoScript meer te kunnen vertellen over het NIVEL-rapport, maar helaas is het NIVEL nog steeds bezig met het formuleren van een definitieve conclusie. Wij als aios-bestuur wachten het definitieve rapport af; dit zal binnenkort gepubliceerd worden op de website van de NVALT. In de volgende PulmoScript zullen wij uitgebreid ingaan op het rapport.

De Jonge Specialist

Vanuit de jonge specialist zijn er 2 mededelingen die we jullie niet willen onthouden:

1. In de nieuwe Cao ziekenhuizen is een clausule opgenomen over uitbetaling van ORT-toeslag over vakantie-uren. Dit betreft een compensatie voor niet-uitbetaalde ORT over vakantie-uren in de periode 2012-2015. Dus elke aios (perifeer) die tussen 1 januari 2012 en 1 januari 2015 ORT-toeslag heeft ontvangen heeft recht op een compensatie. Deze compensatie bedraagt 8,3% over het totale ORT ontvangen in deze periode. Voordat je je rijk rekent, het is alleen de ORT en dus niet de vergoeding voor aanwezigheids- en bereikbaarheidsdiensten. Vaak staat dit los vermeld op je salarisstroom. De meeste aios die onder deze regeling vallen, zullen inmiddels bericht hebben gehad van hun ziekenhuis. Zo niet, neem dan contact op met de afdeling P&O.

2. Instellingsvisitaties. Dit zal half 2017 gaan starten en wordt vanuit de RGS opgezet. Het doel van deze visitatie is om de gehele instelling te visiteren en om de kwaliteit te waarborgen en eventueel te verbeteren. In principe wordt een instelling een keer gevisiteerd en wordt er middels een kwaliteitssysteem gekeken of er tekortkomingen zijn. Indien dit niet het geval is, wordt er een certificaat toegekend aan de instelling. Dit is in principe een levenslang certificaat, daarna wordt de instelling verzocht op regelmatige basis de RGS te rapporteren over de kwaliteit van de opleiding binnen de instelling. Als blijkt na aanleiding van deze rapportage of dat er tekortkomingen worden gesignaleerd tijdens visitaties, kan dit aanleiding

zijn tot nadere rapportage of onderzoek. In eerste instantie zal dit op vrijwillige basis gebeuren. Wel moet bovenstaande besluit op de vergadering van september door de RGS worden goedgekeurd, maar De Jonge Specialist verwacht hier geen problemen mee.

Website

Al een aantal maal hebben we het gehad over website en dat we alle artikelen willen updaten. Zoals jullie hebben gezien, is dat nog niet gebeurd. Dit gaat natuurlijk wel gebeuren en gaan dit de komende maanden doen. We hopen jullie dan ook in december 2017 goed nieuws te kunnen melden op dit gebied.

Vanuit de Commissie Visitatie

De commissie Visitatie Longziekten is op zoek naar nieuwe enthousiaste leden.

Profiel:

1. Minimaal 5 jaar klinische ervaring als longarts
2. Affiniteit of betrokken bij het kwaliteitsbeleid binnen uw vakgroep/ziekenhuis
3. Goede contactuele eigenschappen

Van u wordt gevraagd:

1. Het uitvoeren van 3 tot 4 kwaliteitsvisitaties per jaar met de daarbij behorende werkzaamheden
2. Het bijwonen van de plenaire vergaderingen 4 maal per jaar ter bespreking van de visitatierapporten
3. Het bijwonen van de jaarlijkse visionaire dag van de commissie
4. Bereidheid tot het verrichten van aanvullende werkzaamheden t.b.v. de commissie

Tegenover het lidmaatschap van de commissie staat een vergoeding op basis van iedere uitgevoerde visitatie. In deze vergoeding is ook het bijwonen van de vergaderingen opgenomen, dus aanwezigheid is niet op vrijwillige basis. Het lidmaatschap is in principe voor 4 jaar waarna een tweede termijn van 2 jaar kan volgen.

Heeft u interesse dan kunt u uw reactie richten aan het secretariaat van de NVALT: constance@nvalt.nl. Wij ontvangen uw reactie graag zo spoedig mogelijk, maar uiterlijk op 1 november aanstaande.

Vanuit de Commissie BOM

Osimertinib als behandeling van NSCLC met een EGFR-T790M-mutatie

Inleiding

Een activerende EGFR-mutatie (epidermale groeifactorreceptor) komt voor bij ongeveer 10 procent van de patiënten met niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC). Dit betreft met name patiënten met een adenocarcinoom die niet of weinig hebben gerookt. Wanneer deze patiënten in de palliatieve setting worden behandeld met een EGFR-tyrosinekinaseremmer (EGFR-TKI) is de progressievrije overleving (PFS) significant langer dan bij behandeling met chemotherapie en is er een betere kwaliteit van leven. De mediane PFS bedraagt ongeveer 9 tot 13 maanden. Bij progressie blijkt 60 procent van deze patiënten een EGFR-T790M-puntmutatie te hebben in exon 20. Deze mutatie is bij een klein deel van de patiënten ook al bij diagnose aanwezig. Deze T790M-mutatie is een zogenaamde *gate keeper*-mutatie en zorgt ervoor dat EGFR-TKI's van de eerste generatie niet (of minder) kunnen binden aan het ATP-bindende domein van EGFR.

De hier te bespreken gerandomiseerde fase III-studie (open label) betreft de vergelijking van het effect van osimertinib ten opzichte van platinum-pemetrexed.¹ Osimertinib is een EGFR-TKI van de derde generatie en bindt selectief en irreversibel aan zowel de activerende EGFR-mutaties als aan T790M.

1. Kankersoort en lijn van behandeling

De in deze publicatie besproken internationale, gerandomiseerde fase III-multicenterstudie (open label) betreft patiënten met NSCLC met een activerende EGFR-mutatie en ziekteprogressie na eerstelijns behandeling met een EGFR-TKI en een centraal bevestigde EGFR-T790M-mutatie (*Cobas EGFR Mutation Test*). In deze groep patiënten werd osimertinib vergeleken met de combinatie platinum- pemetrexed.

2. Vergelijking met de referentiebehandeling in Nederland

De richtlijn voor NSCLC stelt dat patiënten met een activerende EGFR-mutatie die niet in aanmerking komen voor in opzet curatieve behandeling in de eerste lijn moeten worden behandeld met een EGFR-TKI (erlotinib, gefitinib, afatinib). Bij progressie onder deze behandeling is bij ongeveer 60 procent van de patiënten sprake van een T790M-mutatie in exon 20.

Tot op heden bestond de standaard tweedelijns behandeling uit een platinumbevattende combinatie. Pemetrexed-platinum is een veelgebruikte combinatie voor deze patiëntengroep.

3. Methoden en kwaliteit van de studie

AURA3 is een internationale, gerandomiseerde fase III-multicenterstudie (open label) waarin patiënten 2:1 werden gerandomiseerd tussen osimertinib 1 d.d. 80 mg oraal en 4 tot 6 kuren pemetrexed (500 mg/m²) en cisplatine (75 mg/m²) of carboplatine (AUC5) intraveneus elke 3 weken. Wanneer er na 4 cycli chemotherapie geen progressie was, konden patiënten doorgaan met pemetrexed-onderhoudsbehandeling. Behandeling werd gegeven tot progressie, onacceptabele toxiciteit of werd gestopt op advies van de arts of op verzoek van de patiënt. Osimertinib mocht worden gecontinueerd na progressie van ziekte als de arts meende dat patiënt er voordeel van had. In amendement 2 werd bepaald dat patiënten in de chemotherapie-arm bij objectieve ziekteprogressie (bevestigd door onafhankelijke centrale radiologiebeoordeling) konden overstappen op osimertinib.

Patiënten (leeftijd ≥ 18 jaar; ≥ 20 jaar in Japan), ECOG-performancestatus 0-1, met stadium IV niet-plaveiselcel-NSCLC met een activerende EGFR-mutatie (exon 19-deletie, G719X, L858R, L861Q) en progressie na eerstelijns EGFR-TKI kwamen in aanmerking voor de studie. Tumorweefsel moest worden ingestuurd voor centrale bepaling van de EGFR-T790M-mutatie. Tevens werd bloed opgestuurd voor bepaling van T790M in het plasma (circulerend tumor-DNA). Patiënten met stabiele en asymptomatische hersenmetastasen die gedurende 4 weken voor de start van studiebehandeling geen corticosteroïden hadden gehad konden deelnemen aan de studie. De belangrijkste exclusiecriteria waren verlengde QT-tijd, risico op verlengde QT-tijd en voorgeschiedenis met interstitiële longziekte. De randomisatie was gestratificeerd voor Aziatisch versus niet-Aziatisch.

Het primaire eindpunt van de studie was PFS, bepaald door de onderzoeker (*RECIST 1.1*). Er werd een gevoeligheidsanalyse voor PFS uitgevoerd door geblindeerde onafhankelijke centrale herbeoordeling. Secundaire eindpunten waren responspercentage (RR), duur van de respons, percentage ziektecontrole (DCR), verkleining van de tumor, totale

overleving (OS), patiëntgerelateerde uitkomstparameters (PROM's) en bijwerkingen.

Respons werd elke 6 weken bepaald volgens *RECIST 1.1*. Beeldvorming van de hersenen werd enkel gedaan bij bekende hersenmetastasen of verdenking hierop. Bijwerkingen werden gegradeerd volgens *CTCAE 4.0*. PROM's werden bepaald middels *EORTC QLQ-C30* en *EORTC QLQ-LC13*.

In eerste instantie was bepaald dat de studie naast analyse van het primaire eindpunt PFS voldoende power zou hebben om een verschil in OS te detecteren. Na invoering van amendement 2 werd de studie aangepast voor enkel PFS-analyse; hierdoor werd het aantal te includeren patiënten verminderd van 610 naar 410. Met 410 patiënten had de studie 90 procent power om de aanvankelijk bepaalde *hazard ratio* (HR) van 0,67 voor PFS met een 5 procent tweezijdige significantie aan te kunnen tonen. Echter: in maart 2016 (amendement 3; voor de *data cut-off* voor PFS) werd besloten de power te verlagen naar 80 procent. Dit werd gedaan vanwege de resultaten van twee fase II-studies met osimertinib-monotherapie (AURA Extension en AURA2) op grond waarvan de FDA osimertinib reeds had goedgekeurd. Met 80 procent power waren 221 PFS-events nodig in plaats van de eerder benodigde 295 events bij 90 procent power. Omdat de *data cut-off* voor OS 4 maanden na de *data cut-off* voor PFS is gepland, staan in deze publicatie de OS-data alleen vermeld, zonder formele analyse.

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

Tussen augustus 2014 en september 2015 werden in 126 centra 1.036 patiënten gescreend. Hiervan werden 419 patiënten (40 procent) gerandomiseerd: 279 osimertinib en 140 platinum- pemetrexed. Belangrijkste reden voor uitval was geen bevestigde T790M-mutatie ($n = 498$). De klinische patiëntkarakteristieken waren vergelijkbaar tussen de studie-armen. In totaal 65 procent van de patiënten was Aziatisch. De mediane follow-up was 8,3 maanden. De mediane behandelduur was met osimertinib 8,1 (0,2-18,5) maanden en met chemotherapie 4,2 (0,4-14,5) maanden. In de chemotherapie-arm kreeg 54 procent van de patiënten onderhoudsbehandeling met pemetrexed. Op het moment van *data cut-off* werden 166 patiënten (59 procent) in de osimertinib-arm en 16 patiënten (12 procent) in de chemotherapie-arm nog behandeld met de aangewezen medicatie. In de chemotherapie-arm werd 60 procent van de patiënten na progressie behandeld met osimertinib. Bij *data cut-off* waren er 140 PFS-events (50 procent) in de osimertinib-arm en 110 (79 procent) in de chemotherapie-arm. Het primaire eindpunt mediane PFS bedroeg 10,1 maanden (95%-BI: 8,3-12,3) in de osimertinib-arm en 4,4 maanden (95%-BI: 4,2-5,6) in de chemotherapie-arm (HR: 0,30; 95%- BI: 0,23-0,41; $P < 0,001$). Dit was vergelijkbaar

met de PFS bepaald door de onafhankelijke review. Het voordeel van osimertinib was aanwezig in alle onderzochte subgroepen, waaronder de vooraf gedefinieerde groep van patiënten met metastasen in het centraal zenuwstelsel. In deze groep van 144 patiënten bedroeg de PFS in de osimertinib-arm 8,5 maanden en in de chemotherapie-arm 4,2 maanden (HR: 0,32; 95%-BI: 0,21-0,49).

Het objectieve responspercentage was significant hoger in de osimertinib-arm (71 procent; 95%-BI: 65-76) dan in de chemotherapie-arm (31 procent; 95%-BI: 24-40). De mediane tijd tot respons was 2,2 maanden in beide armen. De mediane responsduur bedroeg 9,7 maanden (95%-BI: 8,3-11,6) in de osimertinib-arm en 4,1 maanden (95%-BI: 3,0-5,6) in de chemotherapie-arm.

Ten tijde van *data cut-off* waren 35 patiënten (13 procent) in de osimertinib-arm en 26 patiënten (19 procent) in de chemotherapie-arm overleden. De OS-data zijn nog niet rijp voor analyse. De PROM's waren beter in de osimertinib-arm dan in de chemotherapie-arm ten aanzien van 5 vooraf gedefinieerde symptomen (verminderde eetlust, dyspnoe, pijn op de borst, moeheid, hoesten).

Graad 3-5 bijwerkingen kwamen voor bij 23 procent van de patiënten in de osimertinib-arm en bij 47 procent van de patiënten in de chemotherapie-arm. Respectievelijk 7 en 10 procent van de patiënten stopte de behandeling vanwege een bijwerking. De belangrijkste bijwerkingen van osimertinib waren diarree (41 procent; 1 procent graad 3), rash (34 procent; 1 procent graad 3), droge huid (23 procent) en paronychia (22 procent). De meest voorkomende bijwerkingen in de chemotherapie-arm waren misselijkheid (49 procent; 4 procent graad 3), verminderde eetlust (36 procent; 3 procent graad 3), obstipatie (35 procent) en anemie (30 procent; 12 procent graad 3).

Interstitiële longafwijkingen werden gezien bij 10 patiënten (4 procent) in de osimertinib-arm (9 graad 1-2; 1 overleden) en 1 patiënt in de chemotherapie-arm (graad 3). Een verlenging van het QT-interval werd gezien bij 10 patiënten in de osimertinib-arm (1 graad 3) en bij 1 patiënt in de chemotherapie-arm. Er overleden 4 patiënten in de osimertinib-arm (2 respiratoir falen, 1 interstitiële longafwijkingen en 1 CVA).

Discussie

Deze AURA3-studie toont aan dat tweedelijns behandeling met osimertinib (80 mg/dag oraal) bij patiënten met niet-plaveiselcel-NSCLC met een activerende EGFR-mutatie en T790M-mutatie met progressie na eerstelijns behandeling met een EGFR-TKI een significant langere PFS geeft dan behandeling met platinum-pemetrexed: 10,1 maanden (95%-BI: 8,3-12,3) versus 4,4 maanden (95%-BI: 4,2-5,6) (HR: 0,30; 95%-BI: 0,23-0,41; $P < 0,001$). Deze resultaten voldoen aan de PASKWIL-criteria voor een positief advies. Osimertinib als tweedelijns behandeling geeft minder graad 3-5 toxiciteit

dan chemotherapie en leidt tot verbeterde PROM's. Enige zorg betreft het optreden van interstitiële longafwijkingen bij een klein deel van de patiënten (10 van de 279 patiënten: 4 procent). Het is bekend dat deze vaker optreden bij Aziatische patiënten.

5. Kosten

Osimertinib wordt dagelijks oraal gegeven. De startdosis is 80 mg. De medicijnkosten per 28 dagen en bij een mediane behandelduur van 8,1 maanden zijn op dit moment nog niet bekend (bron: www.medicijnkosten.nl d.d. 19 juli 2017)

Conclusie

Bij patiënten met een gemetastaseerd NSCLC met een EGFR-T790M-mutatie en progressie na eerstelijns EGFR-TKI geeft tweedelijns behandeling met osimertinib 80 mg per dag een significante verlenging van het primaire eindpunt PFS van bijna 6 maanden: 10,1 maanden versus 4,4 maanden (HR: 0,30; 95%-BI: 0,23-0,41; $P < 0,001$). Dit resultaat voldoet aan

de PASKWIL-criteria voor een positief advies. Osimertinib geeft minder graad 3-5 bijwerkingen dan chemotherapie en een betere symptoomcontrole. Het PFS-voordeel is ook aanwezig bij de patiënten met metastasen in het centraal zenuwstelsel.

Referentie

¹ Mok TS, Wu Y-L, Ahn M-J, et al; AURA3 Investigators. Osimertinib or platinum-pemetrexed in EGFR T790M-positive lung cancer. *N Engl J Med* 2017;376(7):629-40.

Osimertinib bij EGFR-T790M-positief NSCLC	
Zorginstituut Nederland	niet beoordeeld
add-on	ja
totale behandelkosten	nog niet bekend

Palliatief, effectiviteit		
<ul style="list-style-type: none"> winst PFS (primaire eindpunt) winst OS (secundair eindpunt) 	10,1 vs 4,4 maanden HR: 0,30; 95%-BI: 0,23-0,41; $P < 0,001$	+ + ? ?
ESMO-MCBS-gradering		?
Bijwerkingen		
<ul style="list-style-type: none"> lethaal <5% acuut, ernstig < 25% chronisch beperkend 		+ + +
Kwaliteit van leven		
<ul style="list-style-type: none"> QoL-analyse 		?
Impact van behandeling		
<ul style="list-style-type: none"> acceptabele behandellast 		+
Level of evidence	1 fase III-studie	+
Medicijnkosten	nog niet bekend	

Tabel 1. Resultaten AURA3-studie afgezet tegen de PASKWIL-criteria.

Er gaat niets boven Groningen!

Universitair Medisch Centrum Groningen



Groningen is een geweldige stad en niet voor niets verkozen door Elsevier tot leukste studentenstad van Nederland! Het is kleinschalig, maar met de voorzieningen van een grote stad. Gemoedelijk en toch altijd levendig. Bij mooi weer is het genieten in het Noorderplantsoen en zitten de terrassen gezellig vol. Er zijn veel leuke festivals (o.a. Eurosonic en Noorderzon), een mooie schouwburg en fijne restaurants. Op vrijdagavond kan je gezellig borrelen in café de Uurwerker, samen met ons en vele andere UMCG'ers. En wil je even bijkomen van al die drukte, dan is de natuur nooit ver weg. Op sportgebied hebben we natuurlijk nog onze plaatselijke FC waar met enige regelmaat longartsen gespot worden. En Bauke Mollema natuurlijk, al kunnen we daar misschien nog over discussiëren met onze collega's uit Leeuwarden...

De opleiding longziekten in het UMCG is naar onze eigen subjectieve mening natuurlijk de leukste van Nederland. De afdeling bestaat uit 22 longartsen en zo'n 12-15 arts-assistenten en er heerst hier een leuk, open en goed leerklimaat. Ondanks de grootte van de groep is er ook altijd veel persoonlijke interesse.

Als aios longziekten in het UMCG heb je het geluk en misschien ook wel de pech dat het vak in de volle breedte beoefend wordt en dat ook nog op academisch niveau. Naast de algemene opleiding biedt dit veel verdiepmogelijkheden. Om er een paar dingen uit te

lichten: bronchoscopische interventies hebben de laatste jaren een enorme sprong genomen, vooral de behandeling van emfyseem met coils en éénrichtingsventielen, oneerbiedig 'de klepjes van Dirk-Jan' genoemd. Na de aflevering van Anita Witzier op de NPO weet men uit alle windhoeken ons steeds beter te vinden. Maar ook voor stents, debulking of andere endobronchiale interventies, al dan niet in studieverband, kan je bij ons terecht. Het centrum voor thuisbeademing levert zorg voor mensen met een chronische respiratoire insufficiëntie bij o.a. neuromusculaire ziekten en COPD. Je komt hier dan ook ruim in aanraking met de vele aspecten van de niet-invasieve beademing en slaapgeneeskunde. Verder zijn wij een van de drie longtransplantatiecentra van Nederland. De zorg voor deze specifieke groep patiënten is intensief en kan soms een hele uitdaging kan zijn. 'De boys' van de longtransplantatie worden ondersteund door een aantal nurse practitioners. Longrevalidatie vindt plaats in ons revalidatiecentrum op locatie Beatrixoord. In onze tweewekelijkse longfalenbespreking vormen bovengenoemde subspecialismen een spel om het beste beleid uit te stippelen bij chronische longfalen patiënten met hun wisselende onderliggende ziektebeelden. Ook de longoncologie wordt op hoog niveau bedreven. Er lopen altijd meerdere studies, er is een goed georganiseerd



MDO en er zijn dedicated oncologische verpleegkundigen. Er zijn veel verwijzingen uit andere ziekenhuizen voor bijvoorbeeld targeted therapy of immunotherapie, met alle goede effecten en minder goede bijwerkingen. Daarnaast is er ook nog veel expertise op het gebied van astma en infectieziekten met cystic fibrosis en het tuberculosecentrum op locatie Beatrixoord.

Voldoende mogelijkheden dus om ons te kunnen verdiepen in een specifiek onderwerp, maar ook krijgen we regelmatig collega's uit andere ziekenhuizen voor een verdiepingsstage bij de oncologie, longtransplantatie of een van de vele

andere mogelijkheden.

Op alle afdelingen wordt op hoog niveau aan wetenschap gedaan. Er zijn veel promovendi en ook aios worden gestimuleerd om aandacht te besteden aan wetenschappelijk onderzoek, of om onderzoek te combineren met de opleiding.

Kortom, een goede opleiding, waarin we de longziekten in de volledige breedte beoefenen en dat met het gezellige Groningen op de achtergrond.





"Klaar" Peter Sterk

Wie kent hem niet? De meest enthousiaste, vrolijke en energieke hoogleraar Klinische Fysiologie van Nederland is in oktober 2016 met pensioen gegaan. Op 2 juni was zijn afscheidssymposium in het AMC: een 'waanzinnige dag', volgens de nieuwe emeritus hoogleraar.

Peter Sterk heeft zijn loopbaan gewijd aan de wetenschap. Dat begon al na zijn artsexamen in Leiden in 1976. Peter: "Destijds kon je na je bul beginnen als huisarts, maar ik wilde me graag focussen op de research. Ik ben gaan promoveren bij Philip Quanjer (recent overleden emeritus professor Fysiologie, Leids Universitair Medisch Centrum, LUMC). Na zijn promotie in 1981 met als onderwerp "de functie van kleine luchtwegen bij 'gezonde' rokers", zette hij zijn onderzoek voort bij professor Freddy Hargreave aan de McMaster University in Hamilton, Ontario, Canada. "Daar heb ik mijn enige klinische ervaring opgedaan: ik zag patiënten met astma en onderzocht waar ze overgevoelig voor waren. Achteraf gezien was mijn periode in Canada bepalend voor de rest van mijn carrière." Teruggekomen kon hij aan de slag als fysioloog bij de afdeling Longziekten van het Academisch Ziekenhuis Leiden (nu LUMC). "Professor Dijkman heeft mij destijds een vaste baan aangeboden op een plek van een longarts. Dat was heel bijzonder en gaf mij veel carrièreperspectief. Ik hoefde destijds geen subsidies voor mijn eigen aanstelling aan te vragen en kon lekker mijn gang gaan met het onderzoek."

Liefde voor de fysiologie

Kort daarna kwam de fysiologie in zwaar weer. Men vond dat

de fysiologie voldoende was onderzocht. Sterk ziet dat anders: "Het vak is helemaal terug onder de labels 'systeem biologie en systeem geneeskunde'. Het is een moderne en kwantitatieve integratie tussen organen, weefsels, cellen en moleculen. Het zijn allemaal netwerken: waarom leven we en blijven we gezond, maar ook waarom worden we ziek? De grens tussen fysiologie en pathofysiologie is wat mij betreft onduidelijk. Van veel zaken wisten we vroeger het bestaan niet af; er werd louter reductionistisch gewerkt. Tegenwoordig doen we ook het omgekeerde. Door *high-throughput* data krijgen we veel gegevens, en het mooie is dat we er nu wel wat mee kunnen. Er is zo veel ontwikkeling nu, van pure 'discovery' tot ongekende patroonherkenning. Dat is fysiologie 2.0, wat de geneeskunde snel en voor altijd zal veranderen."

Carrière

De afgelopen 40 jaar heeft hij aan legio projecten gewerkt, zoals de kleine luchtwegen, bronchiale hyperreactiviteit, mechanismen van luchtwegvernauwing en inflammatie, humaan en experimenteel werk, targets zoals neuropeptiden en humaan rhinovirus. Het laatste is nu een model is voor exacerbaties. "Het snijvlak tussen basaal en klinisch

onderzoek, daar voel ik me het beste thuis. Ik krijg veel voldoening van de inhoud van mijn werk, de omgeving en training van jonge promovendi. We geven elkaar een 'swing' in het biomedisch onderzoek, het gaat ontzettend hard. Ik heb altijd geprobeerd om grenzen te verleggen in het onderzoek, zodat dit steentje kan bijdragen aan detectie, monitoring en behandeling van longziekten", aldus Sterk.

"Ik raad het iedereen aan het lef te hebben om zo'n grote stap te wagen."

Na 30 jaar in het LUMC te hebben gewerkt, kreeg hij het aanbod om samen met Liesbeth Bel naar het AMC te gaan. Hij was toe aan een nieuwe uitdaging. "Ik had nog 10 jaar voor de boeg en in het AMC kreeg ik nieuwe mogelijkheden. Hoewel het tijd kost om opnieuw op te starten, is het achteraf gezien een goede stap geweest. Ik heb vrijwel met alle aanpalende afdelingen in het AMC samengewerkt. Ik raad het iedereen aan het lef te hebben om zo'n grote stap te wagen. Als academici doen we dat nog te weinig."

U-BIOPRED

Eén project springt er voor Sterk uit: het U-BIOPRED project, wat moleculaire fingerprints bij patiënten met ernstig astma op RNA, eiwit en metabool niveau in onder andere bronchusbiopten, sputum, bloed, uitademingslucht en urine onderzoekt. Sterk gaat enthousiast verder: "Dit is de grootste longsubsidie ooit geweest.... Als coördinator van het project was ik een soort spin in het web en heb ik veel mensen en centra door heel Europa van dichtbij leren kennen. Het project begint nu zijn vruchten af te werpen. We zien dat ziekte zich niet gedraagt zoals je verwacht, maar soms dwars door andere dingen heen loopt." Sterk verwacht dat zijn resultaten het beeld over ziektemechanismen en de kliniek zullen doen opschudden. "In uitademingslucht, neusslijm en bloed zien we dat astma en COPD eigenlijk geen echte omliggende ziektebeelden zijn, maar dat er onder die traditionele diagnoses meerdere biologische fenotypes bestaan, zoals in de jaren '50 al door professor Orië werd gesuggereerd. Soms is er clustering op moleculair niveau, maar soms ook overlap. Dat betekent dat bepaalde medicijnen die bij astma werken, ook bij bepaalde patiënten met COPD zouden moeten werken. Die oude, louter klinische diagnoses scheppen alleen maar verwarring. De geneeskunde gaat zo naar individuele fenotypering toe zonder diagnostisch stempel", aldus Sterk.

Bezige bij

Naast zijn werk in het AMC, had Sterk nog voldoende tijd en energie over voor nevenfuncties, bijvoorbeeld bij de ERS, ERJ chieft editor en de NRS. Tevens heeft hij samen met onder andere Pieter Hiemstra de Longdagen opgericht en is hij voorzitter van het oude en brede wetenschappelijk

gezelschap Koninklijke Maatschappij voor Natuurkunde 'Diligentia' in Den Haag. Sterk: "Deze zaken horen bij je vak als wetenschapper, zijn nuttig en brengen collegiaal contact. Ik vind het leuk en het geeft me inspiratie doordat je van anderen, ook buiten je vakgebied, ideeën krijgt hoe je dingen kan doen voor je eigen onderzoek. Ik denk dat je hierdoor verder komt in je eigen veld." Daarnaast was Sterk met Dirkje Postma medeoprichter van het Nationaal Programma Longonderzoek (NPL). "De NFU heeft besloten om vanuit de overheid te investeren in *personalized medicine*, onder andere in longziekten vanwege het NPL. Dit zet ons op de kaart en we bereiken nu doelen die we eerder nooit hebben bereikt", aldus Sterk.

Koninklijk lintje

Tijdens zijn afscheidssymposium ontving Sterk van de burgemeester van Alphen aan de Rijn een hoge Koninklijke onderscheiding, namelijk Ridder in de orde van de Nederlandse Leeuw. Sterk had het niet zien aankomen. "Mensen die zo'n onderscheiding krijgen doen altijd veel extra's. Blijkbaar vindt mijn omgeving

onderzoeker die het meeste stem geeft aan de patiënten bij onderzoek, die hij volgend jaar zelf mag uitreiken tijdens de Longdagen. Sterk: "Ook hier ben ik enorm trots op! Het is helemaal niet vanzelfsprekend dat patiënten een stem krijgen in het onderzoek, maar ik vind het terecht en ik heb me daar echt voor ingezet. Het is een hele belangrijke prijs." Sterk had na deze 'waanzinnige dag' dan ook een paar dagen nodig om bij te komen. "Het is ook wel goed zo'n afscheid, waarbij je elkaar nog eens expliciet op de schouder mag kloppen. Dan is ook wel genoeg: je wordt echt uitgezwaaid."

Burton

Na zijn grote afscheid wordt het tijd voor wat anders, of toch niet? "Om de week passen we met plezier op onze kleindochters. Verder werk ik nog 1 dag per week in het AMC voor de begeleiding van de promovendi. Thuis kijk ik elke dag naar mijn email, bijvoorbeeld om een manuscript of review te beoordelen. Ik doe qua werk nu aan *cherry picking*, ik ben selectief in wat ik doe, nieuw commissiewerk sla ik af. Het werk komt op een lager, even mooi pitje en mijn agenda zal

"Het geeft mij het gevoel van enorme waardering, ook buiten mijn vak, en dat betekent veel voor mij"

dat ook van mij. Veel mensen hebben hun steun er aan gegeven. Het geeft mij het gevoel van enorme waardering, ook buiten mijn vak, en dat betekent veel voor mij." Tevens ontving hij de Swieringa penning. "Daar ben ik ook heel erg trots op, er zijn maar weinig mensen die hem tot nu toe hebben ontvangen", aldus Sterk. Tot slot ontving hij de Longfonds Sterk Participatiepijs: een nieuwe prijs in het leven geroepen voor die

de komende jaren langzaam leger worden. Ik ben blij een steengoede en enthousiaste opvolgster te hebben gevonden in Anke-Hilse Maitland-van der Zee", aldus de pensionado. In zijn 'vrije tijd' bouwt hij aan een sportwagen. "Ik ga een 2CV ombouwen tot Burton. Soms doe ik de hele middag over één boutje." En zo gaat Peter Sterk van de fysiologie over naar de carrosserie.



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

Steven Rutgers

Geboren Heerlen, 1965

Opleidingskliniek AZG (nu UMCG)

Huidige kliniek Treant zorggroep, locatie Scheper ziekenhuis, Emmen

Waarom koos je destijds voor de studie geneeskunde?

In verband met het grote aantal dokters in de familie wilde ik aanvankelijk alles behalve geneeskunde gaan studeren. Tijdens een vakantiebaan in de zorg merkte ik echter dat het helpen van zieke mensen me goed beviel, en dat ik mijn genetische belasting niet kon ontkennen.

Waarom koos je uiteindelijk specifiek voor de specialisatie longziekten?

Na een verpleeghulpstage in het 2e studie jaar werd ik het meest geboeid werd door de pathofysiologie van longziekten en de kliniek van de benauwde medemens. Mogelijk speelt ook het voorbeeld van mijn vader, die longarts was, een rol.

Wat is je aandachtsgebied en waarom?

Longoncologie. Toen ik in 2003 in Emmen kwam werken gaven we alleen chemotherapie voor kleincellig longcarcinoom. Ik heb vervolgens geregeld dat ook chemotherapie voor niet-kleincellig gegeven

werd. Dat beviel goed, zodat ik mij nadien ook steeds bezig gehouden heb met de implementatie van veranderingen in onze oncologische bedrijfsvoering.

Wie binnen ons vakgebied bewonder je en waarom?

Dirkje Postma. Zeer kundige longarts en onderzoeker met veel belangrijke onderscheidingen. Geliefd bij haar patiënten. Inspirerend voor haar medewerkers, een plezier om mee samen te werken.

Tijden veranderen. Waar verlang je naar terug?

Ik verlang terug naar de tijd dat ik een eigen secretaresse had, en als longarts meer werd ondersteund door het ziekenhuis.

Wat zijn je dagdromen?

Fluwelen vingers, om piano te spelen zoals Alfred Brendel Schubert speelt. En groene vingers, om de mogelijkheden van mijn tuin beter te benutten.

Waar ben je het meest trots op in je loopbaan als longarts?

Ik hecht aan goede samenwerking met de 1e lijn. Ik heb 10 jaar geleden spirometrie onderwijs voor huisartsen en praktijkondersteuners opgezet, dat 3x per jaar gegeven wordt en geaccrediteerd is.

Wat was de belangrijkste verandering gedurende je loopbaan?

De groeiende invloed van technologie op de dagelijkse praktijk (EPD, echografie bij EUS en EBUS, betere CT-scans, PET-scan, etc.).

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

De sterke verbetering van de CT-scans met onder andere tumorvolumemeting. Dit maakt een bronchografie obsolete, er zijn nauwelijks meer V-P-scans of pulmonalisangiografieën. En de introductie van de PET-scan (wel of niet maligne, progressie).

Wat is de ergste verslechtering van de laatste 30 jaar binnen de longziekten?

De groei van indicatoren, die aan allerlei instanties moeten worden aangeleverd.

Wat is er nodig om een goede longarts te zijn?

Kennis, empathie, handvaardigheid, en kunde om zorg te leveren die past bij de wens van de patiënt.

Wat voor boeken of films hebben je aandacht?

Het boek 'De hele olifant in beeld', waarin inzichten van verschillende wijsheden, tradities en recente wetenschappelijke ontwikkelingen worden samengevlochten tot een nieuw wereldbeeld, heb ik met veel plezier gelezen. In mijn vakanties lees ik meestal spannende boeken, zoals die van Brown en Baldacci.

Als je uit eten kon met een bekend persoon, wie zou je dan kiezen?

Bono van U2. Kan niet alleen goed zingen en mooie teksten schrijven, maar kan zichzelf ondanks zijn status ook relativeren.

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

Wat bepaalt dat iemand ziek wordt van roken?

Wat is je dierbaarste bezit?

Vrouw en drie dochters.

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

Behandel iedere patiënt zoals je zelf behandeld zou willen worden.

In welk anders land zou je willen leven en werken?

Nederland. Leef- en werkplezier is voor mij hier het hoogste. De discussie is er thuis nog niet over gesloten, aangezien mijn vrouw ontwikkelingswerk in Afrika wil doen.

Aan wie mogen wij de volgende keer vragen stellen?

Harry Kuper. Hij maakt ook deel uit van de groep Nederlanders die graag het Bronkhorst colloquium in Blankenberge volgt. Heeft altijd een interessant verhaal, en het is gezellig om hem daar tegen te komen.

Stage Tygerberg ziekenhuis, Kaapstad, Zuid-Afrika

Sinds een aantal jaar bestaat er de mogelijkheid om als aios longziekten een stage te volgen in Kaapstad. Deze stage is opgezet vanuit het ErasmusMC (o.l.v. prof. Hoogsteden/Marleen Bakker), maar ook vanuit het Franciscus Gasthuis zijn een aantal aios mij nu voorgedaan. De stage vond de eerste jaren plaats in het Groote Schuur Hospitaal en sinds recent in het Tygerberg Hospitaal, de opleidingskliniek van de universiteit van Stellenbosch. Tuberculose is een belangrijk aspect van de stage, maar eigenlijk passeert het hele scala aan longziekten de revue. Het Tygerberg Hospitaal levert derdelijns publieke gezondheidszorg, en de meeste patiënten komen van de minder bedeelde kant van de Afrikaanse samenleving. Aangezien Zuid-Afrika de hoogste tuberculose incidentie ter wereld heeft, staat dat overal hoog in de differentiaaldiagnose. Echter ook oncologie en interstitiele longziekten worden veel naar het Tygerberg verwezen. Het ziekenhuis is in alle opzichten een opleidingskliniek. Er wordt gehamerd op feitenkennis, een grondige anamnese en lichamelijk onderzoek, en een systematische benadering met uitgebreide differentiaaldiagnoses. Aan het hoofd van de afdeling staan professor Irusen (obstructieve longziekten) en professor Koegelenberg (pleurale aandoeningen en interventies).

Kaapstad, 18 augustus 2017

Mijn stage

Sinds mijn aankomst in mei heb ik een heel bijzondere tijd gehad. Op de eerste dag werd ik ontvangen door professor Irusen en rondgeleid door het ziekenhuis om kennis te maken. Een warm welkom, hoewel het de eerste weken flink wennen was. De collega's zijn een viertal stafleden, en verder een groep jonge artsen in verschillende fasen van hun opleiding, sommigen longartsen i.o. en anderen 'vooropleiders'. Mijn werkzaamheden bestaan uit de polikliniek, het bronchoscopie 'theatre', en in mindere mate de 'medical ICU', die hier wordt geleid door de longartsen. De voertaal is Engels, hoewel door collega's onderling en vooral door patiënten veel Afrikaans gesproken wordt. Het Afrikaans is een prachtige taal die zo sterk op Nederlands lijkt dat je het al snel redelijk verstaat. Ik nam een paar taallessen en kon na een tijdje ook op steenkolen-Afrikaans overschakelen indien nodig.



Het ziekenhuis is gigantisch en vrij onhandig ingericht, doordat er oorspronkelijk aparte vleugels waren voor blanke en zwarte patiënten. Het ligt er wat verlopen bij, maar is in principe uitgerust met alle faciliteiten die je nodig zou kunnen hebben. Het probleem is echter dat er te weinig capaciteit is voor het enorme patiëntaanbod van de Afrikaanse publieke gezondheidszorg. Voor poliklinische patiënten is een maand wachten op een CT-thorax heel normaal. Vooral voor een oncologische workup is dat erg frustrerend, of moet ik zeggen: onacceptabel? Daarnaast moeten veel patiënten grote afstanden afleggen naar het ziekenhuis en zijn dan afhankelijk van onbetrouwbaar en prijzig openbaar vervoer. Het aantal patiënten dat afspraken mist of ergens in het traject 'lost to follow-up' raakt is erg hoog. Een ander bijzonder probleem is dat mensen zich soms in het ziekenhuis inschrijven onder de naam van iemand anders. Zo had ik een patiënte die me vroeg om de CT-scan van haar zus te bekijken, want die was eigenlijk van haar. In combinatie met rommelige dossievoering ben je soms meer tijd kwijt aan orde scheppen in de chaos dan aan het consult zelf. Sommige van de Afrikaanse beperkingen hebben echter ook hun voordelen. Qua inhalatiemedicatie heb je vier verschillende dosis-aerosolen. Als je patiënt zegt dat ze een rode puffer gebruikt dan is er geen twijfel welke dat is. Heerlijk overzichtelijk.

Patiënten komen met zeer uiteenlopende pathologie, maar opvallend is dat patiënten zich vaak laat presenteren. Je ziet op de polikliniek veel relatief jonge patiënten met een vergevorderd stadium van ziekte. Grote tumoren met ingroei in de thoraxwand, uitgebreide metastasering,



Stellenbosch

interstiële aandoeningen met dramatische longfunctie, eindstadium fibrocavitaire tuberculose, pussende scrofula, intrathoracale endometriose, gigantische Echinococcuscysten. Ik blijf me verbazen over de heftige pathologie. Hoeveel pijn moet iemand al hebben gehad voordat hij zich bij de dokter meldt met een tumor die uit zijn sternum groeit? Patiënten doorstaan het vaak met een indrukwekkende waardigheid en geduld. Er zijn verschillende redenen dat patiënten zo laat komen, onder andere slechte toegang tot de gezondheidszorg en andere sociaal-economische factoren zoals lage baan zekerheid, laaggeletterdheid, stigma, bijgeloof en traditionele geneeswijzen. Tuberculose en HIV komen veel voor en rond beide hangt een sterk stigma, waardoor ontkenning en zorgmijding helaas veel voorkomt.



Collega's in het Tygerberg ziekenhuis

Ook op de intensive care liggen vaak HIV-patiënten met daverende infecties, maar bijvoorbeeld ook patiënten met intoxicaties, schot- en steekwonden en bijzondere dingen als een schorpioenenbeet. Dus ook daar indrukwekkende pathologie. Qua werkwijze leer je op een andere manier improviseren en plannen, doordat het verkrijgen van aanvullende diagnostiek vaak lang duurt, en therapietrouw, follow-up of correcte communicatie vaak onzeker is. Hierdoor leer je ook om sneller zelf ergens een naald in te steken om een diagnose meteen rond te krijgen, zonder afhankelijk te zijn van anderen. Transthoracale cytologische puncties en Abram's biopten zijn aan de orde van de dag. Ook mijn scopievaardigheden zijn er flink op vooruit gegaan.

Tijdens mijn stage ben ik regelmatig naar het Khayelitsha ziekenhuis geweest, gelegen in de grootste sloppenwijk van Zuid-Afrika, en heb ik de gespecialiseerde Brooklyn Chest Clinic bezocht waar de MDR en XDR tuberculose patiënten worden behandeld. Zelfs XDR patiënten worden poliklinisch behandeld en gaan dan soms 'sputum-positief' naar huis. In Nederland ondenkbaar. Naast deze kliniek ligt een trialcenter van het bedrijf TASK onder leiding van Tygerberg-professor Diacon, waar men trials doet met nieuwe tuberculosemiddelen, onder andere bedaquilline en delamanid. Toen ik daar was werd een nieuw drie-middelen regime voor XDR tuberculose getest, met veelbelovende resultaten. Prachtig werk.

Tot slot is het in Kaapstad niet moeilijk om je buiten het werk te vermaken. De natuur rond de Tafelberg en de Kaap is waanzinnig mooi, en de surfstranden zijn altijd vlakbij, net als de wijngaarden van Stellenbosch. Het culinaire aanbod van de stad is niet te evenaren, en gezien de wisselkoers hoef je je niet in te houden. Dat wordt nog ontwennen als ik straks terug ben.

Kortom, een hele mooie en bijzondere stage. Ik heb qua kennis veel opgestoken, maar het was nog leerzamer om me aan te moeten passen aan een totaal andere manier van werken, en alle bijzondere en indrukwekkende casuïstiek die ik gezien heb. Het is echt een andere wereld. Op het moment van schrijven is mijn stage bijna ten einde en ik weet nu al dat ik straks met veel nieuwe inzichten, inspiratie, kennis, vrienden en ook lichte weemoed naar Rotterdam zal terugkeren.

Tjeerd van der Veer, aios longziekten Franciscus Gasthuis en Vlietland, Rotterdam.



Blouberg



Samenvatting proefschrift Anthonie van der Wekken

Resistance mechanisms in lung cancer patients with EGFR or ALK aberrations treated with kinase inhibitors

12 juli 2017, Universitair Medisch Centrum Groningen
Promotoren: prof. dr. H.J.M. Groen, prof. dr. A. van den Berg, prof. dr. E. Schuurin

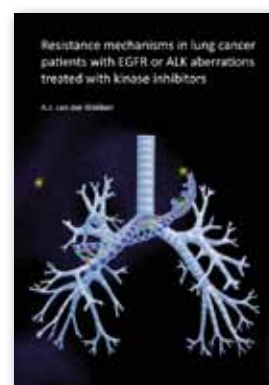
In dit proefschrift hebben we patiënten met een uitgezaaid niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC) bestudeerd. De patiënten hadden longtumoren die niet gerelateerd waren aan roken en die behandeld konden worden met tyrosine kinase remmers. Na verloop van tijd ontstaat er echter bijna altijd resistentie tegen dergelijke medicijnen. In dit proefschrift hebben we ons met name gefocust op patiënten met een DNA mutatie in de epidermale groeifactor receptor (EGFR), die behandeld zijn met het middel afatinib en op patiënten die behandeld zijn met het middel crizotinib vanwege een DNA breuk in het anaplastisch lymfoom kinase (ALK). Ten aanzien van afatinib behandelde patiënten na 1^e generatie EGFR-TKI (dus 2^e lijns behandeling) zagen we dat het niet uit maakte voor de overleving of er sprake was van een T790M mutatie of niet. Wel observeerden we vaker een T790M mutatie bij patiënten die behandeld waren met erlotinib. Vervolgens hebben we gekeken of we resistentiemechanismen konden

vinden na behandeling met afatinib door gebruik te maken van *whole exome sequencing* (WES) op biopten voor en na behandeling. Duidelijke nieuwe mutaties die belangrijk leken werden niet gevonden, maar we zagen wel een toename van mutaties in de signaaltransductie paden van Wnt en PI3K-AKT. Daarom moeten we onderzoeken of het aanpakken van deze signaaltransductie paden effectief is in de bestrijding van resistentie bij afatinib.

Het onderzoek naar resistentie op crizotinib heeft ook plaats gevonden op biopten voor en na behandeling. Als meest bekende resistentie mechanismen is bekend dat er een mutatie in ALK optreedt naast de reeds bekende breuk in ALK. Allereerst hebben we WES verricht. In biopten van de patiënten die geen nieuwe mutatie in ALK hadden, vonden we dat er een toename was van mutaties in de signaaltransductie paden die te maken hebben met epitheliaal-mesenchymale transitie (EMT). RNA sequentie analyse leverde geen nieuwe bevindingen op. We konden geen nieuwe fusie genen vinden als reden van resistentie.

Tot slot hebben we gekeken welke manier van testen het beste voorspeld of iemand reageert op behandeling

met crizotinib. Daaruit is gebleken dat wanneer er daadwerkelijk eiwitexpressie aan te tonen is met de dichotome ALK immunohistochemie (IHC) en er respons wordt gezien op therapie. Terwijl wanneer de ALK fluorescentie in situ hybridisatie (FISH) positief is en de ALK-IHC negatief wordt er geen respons op therapie is gezien. Dit hebben we zowel in een intern cohort als een extern validatie cohort aangetoond. Dit onderzoek is reden om het standaard testen met ALK-FISH achterwege te laten en te testen met een dichotome ALK-IHC.



Het proefschrift is te lezen op <http://hdl.handle.net/11370/06cd40d6-59df-42e9-99db-a5c5a0fa5980> of via <http://www.rug.nl/staff/a.j.van.der.wekken/research>



Samenvatting proefschrift Bitra Hajian

Enhanced COPD phenotyping to improve treatment strategies

Een frisse kijk op COPD: de weg naar gepersonaliseerde geneeskunde

28 juni 2017, Universiteit Antwerpen, Faculteit geneeskunde en gezondheidswetenschappen. Promotor: Prof. dr. Wilfried de Backer

Chronisch obstructieve longziekte (COPD) is een heterogene ziekte die geassocieerd is met een significante morbiditeit en mortaliteit. Huidige diagnostische criteria zijn gebaseerd op verminderde longfunctie, symptomen en exacerbatie frequentie. De erkenning van het belang om de heterogeniteit van COPD te definiëren, heeft geleid tot een grote behoefte ten aanzien van identificatie van verschillende COPD-fenotypes met specifieke biomarkers. Fenotyperen en endotyperen van COPD is van groot belang voor onze patiënten, zodat onze patiënten een gepersonaliseerde behandeling kunnen krijgen. Hierdoor zijn we in staat de juiste behandeling met een juiste dosering op de juiste tijd te geven.

Conventionele longfunctie onderzoek is een ongevoelige biomarker voor fenotypering en evaluatie van behandelingen: er bestaat een grote variabiliteit tussen de metingen, het is afhankelijk van de inspanning van de patiënt en het geeft geen locoregionale informatie. Doel van het proefschrift is

om de verschillende COPD fenotypes en endotypes te identificeren en dit te relateren aan klinische uitkomsten na een aantal specifieke interventies. Functional Respiratory Imaging (FRI) is een gevoelige biomarker voor fenotypering van de COPD-patiënten. FRI voegt functionaliteit toe aan de HRCT-beelden, door gebruik te maken van segmentatie methode en Computational Fluid Dynamics. Dit geeft gedetailleerde informatie over de locoregionale pathologie bij COPD-patiënten. Met deze techniek kan het lokale volume van de luchtwegen en longkwabben, de weerstand van de luchtwegen, emfyseem score en recent ook ventilatie perfusie ratio's berekend worden. Al deze parameters correleren met de conventionele longfunctie, zodat deze parameters afkomstig uit FRI gebruikt kunnen worden voor de juiste fenotypering van de COPD-patiënten. Met FRI worden we precies geïnformeerd over de interne flowdistributie en partikel depositie. Kleine veranderingen in de longstructuur en longvasculatuur kunnen vroegtijdig worden opgespoord, met een grotere sensitiviteit in vergelijking met de klassieke longfunctie. Met deze techniek kunnen veranderingen in de luchtwegen na een behandeling in kaart worden

gebracht waardoor we in staat zijn om responders en niet-responders van een behandeling te identificeren. Er is tevens een goede correlatie met de patient-reported outcomes en met klinische metingen zoals het zes minuten loop test (6MWT).

FRI werd gebruikt om de pathofysiologie van COPD-exacerbaties te begrijpen en de verschillende fenotypes van patiënten tijdens een exacerbatie te identificeren. Patiënten met hyperinflatie moeten anders behandeld worden dan patiënten zonder karakteristieken van hyperinflatie en kleine luchtweg dysfunctie. Tevens kan FRI gebruikt worden om de juiste behandelstrategie te kiezen tijdens een exacerbatie. Een patiënt met locoregionale distale luchtweginflammatie moet anders behandeld worden (met een ander device/ andere partikelgrootte) in vergelijking met een patiënt met een centrale luchtweginflammatie: reguliere bronchodilatoren als nebuliser of DPI bij centrale luchtweginflammatie en PMDI's met een voorzetkamer en smalle partikels bij meer perifere luchtweginflammatie. Ook hebben we gekeken naar de pathofysiologische mechanisme van het ontstaan van ventilatie/perfusie mismatch

gedurende een COPD-exacerbatie. We concludeerden dat COPD-exacerbaties met name veroorzaakt worden door een toename in de distale luchtweg weerstand, de rol van perfusieverandering is beperkt hierbij. Openen van de distale luchtwegen door systemische therapie, inhalatietherapie, en/of vrijmaken van de luchtwegen door fysiotherapie zijn adequate behandelingen bij een COPD-exacerbatie en ook als onderhoudstherapie.

FRI werd gebruikt voor evaluatie van farmacologische behandeling van inhalatie compounds. Eerst volgde een review over het toedienen van inhalatie medicatie voor het behandelen van luchtwegziekten. We concludeerden dat de efficiëntie van inhalatie afhangt van verschillende factoren, zoals correcte inhalatietechniek, compliantie en de grootte van de partikels. De flow eigenschappen en interne flowdistributie zijn tevens in belangrijke mate verantwoordelijk voor het depositiepatroon. Met FRI kan interne flowdistributie in kaart gebracht worden, en hiermee is het ook mogelijk partikels op te sporen. Met deze regionale informatie, kunnen klinici de meest adequate behandelstrategie toepassen.

Het werkingsmechanisme van systemisch anti-inflammatoire compounds bij de behandeling van COPD patiënten boven op ICS/LABA/LAMA werd onderzocht. Roflumilast, een selectieve fosfodiësterase type 4 inhibitor, reduceert het afbraak van cAMP. Hierdoor ontstaat er een afname van inflammatie in de kleine luchtwegen, met als gevolg een afname van dynamische hyperinflatie in de regionen die eerder onvoldoende werden behandeld door inhalatie medicatie. De verbeterde ventilatie leidt tot verbeterde depositie van ICS/LABA/LAMA inhalaties. Er was een significante verbetering in FEV1

in de roflumilast groep (mean \pm SD verbetering van 66 ± 120 mL; $p=0,01$) en in vergelijking met placebo ($p=0,006$). Er was een verbetering van de 6MWT bij de responders (mean \pm SD $48,5 \pm 38,0$ m).

Met de roflumilast studie waren we in staat om de responders te identificeren. Met name de patiënten die op baseline tijdens het 6MWT last hadden van dynamische hyperinflatie, hadden het meeste profijt van roflumilast. We concludeerden dat de responders geïdentificeerd kunnen worden met FRI (kwabben met hoger percentage van bloedvaten nemen meer af in hyperinflatie = systemisch effect), door patient-reported outcomes en tevens klinische onderzoeken zoals de 6MWT. De rol van vasculaire compounds bij behandeling van patiënten met COPD en pulmonale hypertensie werd bestudeerd. Deze patiënten hebben een slechte prognose en ze hebben frequente exacerbaties met weinig behandel mogelijkheden. Inhalatie van gepulseerd nitric oxide (NO), een vasodilatator werd onderzocht bij deze patiënten. Inhalatie van gepulseerde NO in combinatie met zuurstof heeft een groot effect op het kaliber van de bloedvaten. Met FRI was het mogelijk om de veranderingen in de pulmonale vasculatuur tijdens behandeling met NO te detecteren. De meeste bloedvaten vasodilateren, met name de bloedvaten in de goed geventileerde zones van de long. Inhalatie met NO zou een veelbelovend therapie kunnen zijn voor patiënten met pulmonale hypertensie als eindstadium complicatie van COPD. De rol van chronische behandeling met non-invasieve ventilatie bij patiënten met hypercapnisch respiratoir falen is nog altijd controversieel. Met FRI-technologie is het mogelijk om ventilatie perfusie op kwab niveau te berekenen bij patiënten met respiratoir falen die langdurig NIV gebruiken. Het pathofysiologische mechanisme van

deze behandeling werd gevisualiseerd: de juiste behandelstrategie kan de weerstand in de distale luchtwegen verminderen, hierdoor ontstaat er een distributie van de flow naar de goed geperfundeerde zones door het openen van de geoccludeerde luchtwegen. Dit geeft een indicatie voor de selectie van de patiënten voor deze behandeling: patiënten met enkel gelokaliseerd emfyseem schijnen het meeste baat te hebben van de NIV. In onze populatie verbeterden de meeste patiënten met deze behandeling, er was een significante reductie in hypercapnie en tevens de symptoomscore.

Ik hoop dat het huidig werk een frisse benadering is voor de beste gezondheidszorg voor onze patiënten, therapie op maat voor elke patiënt: een stap vooruit naar gepersonaliseerde geneeskunde in de behandeling van COPD, met name bij patiënten met eindstadium complicaties.



Bij interesse kunt u het proefschrift aanvragen op Bitahajian12@hotmail.com

Omarmen en zichtbaar maken van diversiteit steeds belangrijker: Eerste bijeenkomst LHBTI longartsen



LHBT staat voor: Lesbisch, Homoseksueel, Biseksueel en Transgender. Sinds kort hoort daar ook de I bij; dit staat voor Intersekse conditie (deze mensen hebben zowel mannelijke als vrouwelijke kenmerken)

Het idee om deze bijeenkomst te organiseren ontstond mei 2016 in San Francisco. Het idee bestond al wat langer, maar kreeg een boost toen we op de ATS de mogelijkheid hadden om een extra tekst op onze naamkaart te kunnen plakken met: *LGBT community and our allies*. Hierdoor raakten we verder in gesprek met elkaar en anderen over hoe belangrijk het is om zichtbaar te zijn. Hoe mooi het was dat ze op dit grote congres de mogelijkheid voor deze zichtbaarheid hadden gecreëerd. Nee, je wilt niet dat de nadruk op je geaardheid of gender wordt gevestigd. Het gaat er toch om dat je een goede (long)arts bent. Maar ja, je vindt het ook belangrijk om zichtbaar te zijn. Zeker in een tijd waarin de tolerantie in Nederland op de proef wordt gesteld en wereldwijd mensen uit de LHBTI community worden vernederd, mishandeld, gevangen gezet en zelfs vermoord. We hadden het over het feit dat je niet zomaar naar elk land van de wereld kunt gaan en dat je er regelmatig voor kiest niet hand-in-hand te lopen of andere affectie te tonen. Je krijgt er voelsprietten voor nadat je meerdere malen bent uitgescholden of nageroepen. En dan wonen we in een van de meest tolerante landen

van de wereld. Ook hadden we het over het feit dat we allemaal goed hebben nagedacht over het wel of niet vertellen van je geaardheid, en wanneer dan. Je bent best in een afhankelijke positie als (solliciterend) arts-assistent. Je weet van te voren nooit helemaal zeker of collega's er oké mee zijn. Niet vanuit deze negatieve ervaringen of gedachten, maar juist vanuit positieve gedachten wisten we toen zeker: we gaan een LHBTI dag organiseren. Meer zichtbaar zijn voor (beginnende) collega's en ook naar patiënten uitdragen dat longartsen in Nederland het belangrijk vinden dat er diversiteit bestaat. Juist voor mensen die worstelen met hun geaardheid of gender. Hoe mooi is het als iemand dan voelt: bij deze groep artsen is het oké hoe ik ben! Leve de diversiteit!

Na een aantal vergaderingen en mails was het gelukt: 5 mei 2017 zou de eerste bijeenkomst plaatsvinden en we hebben Ellie Lust als spreekster kunnen regelen. Ellie Lust is vele jaren politie agent en wijkagent geweest en is nu werkzaam bij bureau communicatie en woordvoerder van de Amsterdamse politie. Tevens is zij voorzitter van 'RozeinBlauw'. Ellie Lust heeft ruim 20 jaar gewerkt aan meer zichtbaarheid van de LHBTI medewerkers binnen de politie. Dit heeft geleid tot meer gelijkwaardigheid en veiligheid van deze groep medewerkers. Maar ook naar buiten toe heeft het een belangrijke functie: wanneer je als instantie uitdraagt dat je het belangrijk

vindt dat er oog is voor diversiteit, zal dat ook een weerslag hebben op de maatschappij. Ook is het belangrijk bij LHBTI gerelateerde problemen in de samenleving; wanneer dat aan de orde is, kan er 'een blik roze agenten' worden opgetrommeld. Zowel de burgemeesters als de collega's in het land weten deze roze collega's te vinden. Het is een succesvol concept en ook bij het leger, de zakenwereld en ambulancepersoneel zijn er roze afdelingen.

Vanuit het hele land waren er aanmeldingen: 12 longartsen (in opleiding) en 8 partners. Het was erg leuk om elkaar beter te leren kennen en gedachten en ervaringen uit te wisselen. Na een uur kwam Ellie Lust en zij heeft een interactieve presentatie gegeven. Ze heeft verteld hoe zij het (samen met anderen uiteraard) voor elkaar heeft gekregen dat zichtbaarheid van diversiteit op de agenda kwam. En hoe uiteindelijk 'RozeinBlauw' is ontstaan. Met nadruk gaat het er niet om dat je een aparte LHBTI sectie hebt om jezelf af te zonderen of in een bijzondere positie te plaatsen, maar wel vanwege de belangrijke zichtbaarheid. Ook gaat het niet alleen om LHBTI collega's zelf, maar ook om de collega's die het een warm hart toedragen. De collega die een kind heeft die LHBTI is en ziet met welke problemen hij of zij worstelt, of de collega die een LHBTI als beste vriend(in) heeft, of simpelweg de

collega die ook wil uitdragen dat diversiteit een groot goed is. Er zijn best veel parallellen tussen de politie en de artsenwereld. Er is sprake van hiërarchie, van afhankelijkheid in de opleidingssituatie en ook is het nog steeds best een machowereld. Uiteraard zijn er wel grote verschillen tussen de verschillende specialismen en regio's. Verder is er ook sprake van een afhankelijke positie van onze cliënten/patiënten. En hebben we beiden een voorbeeldfunctie in de maatschappij. Mensen die een LHBTI-gerelateerd probleem hebben kunnen in contact komen met 'RozeinBlauw'. Dat kan net een beetje meer veiligheid en begrip en minder schaamte geven dan bij de 'gewone politie'. Wanneer een patiënt zich veiliger zou voelen bij een roze arts, zou het mooi zijn als

die mogelijkheid bestaat. Dat we van elkaar weten naar wie we dan kunnen verwijzen of mee kunnen overleggen. Ook heeft Ellie Lust gesproken over verandering in organisaties. Hierbij zijn wel verschillen. Wij hebben natuurlijk te maken met een landelijke vereniging, je eigen maatschap of vakgroep maar ook je eigen instelling. Dit is bij de politie net wat anders. Na dit inspirerende verhaal hebben we naar elkaar uitgesproken dat we verder willen en is nagedacht over een naam. De naam van de verder te ontwikkelen landelijke roze artsen vereniging zal worden: RozeinWit. De roze longartsen zullen daar onder gaan vallen als: RozeLongartsen. Inmiddels hebben we contact gehad met diverse roze collega's van andere specialismen en horen we veel enthousiasme!

Onze mission statement:

Het bevorderen en behouden van zichtbaarheid en gelijkheid van LHBTI longartsen in Nederland

Onze doelstellingen:

- Versterken van de diverse identiteit van de longartsen door zichtbaarheid van de LHBTI-longartsen.
- Aanspreekpunt en ondersteuning voor longartsen, patiënten of organisaties over LHBTI gerelateerde vraagstukken.
- Samenwerken met hulpverleningsinstanties en LHBTI-belangengroeperingen waar nodig.
- Contact onderhouden met en het uitwisselen van informatie en ervaringen tussen RozeLongartsen onderling.



Beste collega's: In de gehele samenleving wordt het belang van diversiteit benadrukt en verder uitgewerkt. Nu ook in de artsenwereld. U bent getuige van een primeur! Wordt vervolgd!

Heeft u vragen of reacties. Of misschien wilt u (gewoon) lid worden of zelfs actief lid worden van rozeinwit. Ons email adres is: rozeinwit@gmail.com
Chris Rikers, Geert Rootmensen en Karin Pool

Waarom patiënten moeten meepraten over onderzoek

Als patiënten meedenken over onderzoek, sluiten de onderzoeksresultaten beter aan bij de behoeften en wensen van patiënten. Het Longfonds en het Groningen research instituut voor astma en COPD (GRIAC) in Groningen werken hierin goed samen. Maar punten van aandacht zijn er nog wel.

Huib Kerstjens, Longarts UMCG

“De nieuwe tijd vraagt het en ik denk zelfs dat het ook echt goed is, maar het is lastig: wie worstelt er niet met patiënten-participatie? Wij in ieder geval in het UMCG wel. Op individueel niveau doen we natuurlijk (toenemend) allemaal ons best op shared decision making. Overigens, recent werd ten doop gehouden een prachtig, zeer hanteerbaar instrument van de ziektelastmeter (u weet wel, met de ballonnen).

Patiënten-participatie inrichten op organisatorisch niveau is tamelijk anders maar nog wel te doen, in een aparte patiënten-adviesraad zorg: gelijke grond vinden om te praten over over inrichting van de poli, privacy op zaal, zelf elektronisch kunnen plannen van afspraken wil al vrij snel en is leuk. Open luisterend leren we veel. Twee tot 3 x per jaar spreken we samen. Volgende keer over nazorg na opname voor astma of COPD, dit keer samen met de collega longartsen, longverpleegkundigen, én patiënten uit het Ommelander Zorggroep Ziekenhuis.

De lastigste uit het rijtje is misschien wel patiënten-participatie over onderzoek. Het niveauverschil tussen fundamentele onderzoekers, clinici, en patiënten is vaak

groot. Trouwens, ook tussen patiënten onderling. In onze adviesraad onderzoek astma en COPD zit bijvoorbeeld een gepromoveerde patiënte met astma een scherpe analytische blik zij aan zij naast een bijzonder trouwe oudere man met COPD die al aan minstens 10 studies deelnam. Ander niveau, andere inbreng, ander tempo, allebei waardevol, maar helemaal niet zo makkelijk te combineren. Omdat we nieuwe voorstellen voor onderzoek willen bespreken is het verschil in niveau een complicerende factor. Hoe beoordeel je nu of een onderzoek, nuttig, waardevol, beloftevol is? En hoe weeg je daarbij de ongemakken, zoals een scopie? Wij vroegen begin vorig jaar het Longfonds of ze ons, onderzoekers en patiënten konden steunen hoe we deze adviesraad naar een hoger gezamenlijk niveau konden tillen. Ook bij het Longfonds is het wiel nog niet volledig uitgevonden, maar de paar gezamenlijk bijeenkomsten hebben ons in Groningen weer een duidelijke stap verder gebracht, misschien wel tot het niveau van zeer bewust nog steeds niet voldoende competent. En dat geldt voor patiënten precies even sterk als voor de onderzoekers en voor de clinici. Een visie vanuit het Longfonds op de moeilijke materie van patiënten-participatie voor onderzoek treft u hieronder aan.”

“De onderzoekers van het UMCG zijn er steeds enthousiaster over dat wij, patiënten, meedenken over hun onderzoek”, zegt Martine van der Molen. Ze heeft een longziekte en kwam via het Longfonds in de patiëntenadviesraad van het GRIAC terecht.

“Het is verrassend om te merken dat patiënten verschillende reacties geven op onderzoeksvoorstellen. Ook spreken ze de onderzoekers aan op ingewikkeld taalgebruik en vaktaal. Zo leren ze deze om jargon in gewone mensentaal te vertalen. De sfeer is goed, open en nieuwsgierig, zowel vanuit de onderzoekers als de patiënten. We lachen veel.”

Nieuwe inzichten

Het dringt steeds meer door dat de ervaringsdeskundigheid en inzichten van patiënten, onderzoekers helpen bij het doen van onderzoek. Deze krijgen zo een beter beeld en komen tot nieuwe inzichten in de oorzaken en gevolgen van longziekten. Op basis hiervan kunnen zorgprofessionals nieuwe behandelmethoden ontwikkelen.

Patiënten kunnen op verschillende manieren een waardevolle bijdrage leveren¹. Ze zijn bijvoorbeeld proefpersoon bij onderzoek. Ook kunnen ze lid zijn van een adviescommissie die onderzoeksvoorstellen mede beoordeelt. Daarnaast kunnen ze als lid van het

onderzoeksteam bijvoorbeeld tijdens het onderzoek interviews met patiënten afnemen. Patiënten vertellen vaak makkelijker hun ervaringen tegen een medepatiënt dan tegen een onderzoeker. De voordelen zijn groot. Zo komen er bijvoorbeeld onderwerpen op de onderzoekagenda's waar niet eerder aan is gedacht. Ook sluiten de onderzoeksresultaten beter aan bij de behoeften en wensen van patiënten. Verder maakt het de kloof tussen onderzoekers en publiek kleiner. Dat vergroot weer de bereidheid om deel te nemen aan klinisch onderzoek. Het Longfonds betreft altijd patiënten bij het beoordelen van onderzoeksvorstellen die worden ingediend voor financiering. Waar professionele deskundigen - vaak onderzoekers - de wetenschappelijke kwaliteit beoordelen, stellen speciaal getrainde ervaringsdeskundigen het belang voor patiënten vast. Ook de maatschappelijke relevantie wordt gecheckt, door zowel onderzoekers als ervaringsdeskundigen.

Eigen patiëntenadviesraad

In het eerder genoemde GRIAC van het UMCG vindt onderzoek plaats naar obstructieve longziekten. Wetenschappers en behandelaars van de afdelingen Longziekten, Pathologie en Medische biologie, Epidemiologie, Farmacologie, Allergologie, Kinderlongziekten en Huisartsgeneeskunde werken er nauw samen. Het GRIAC werkt sinds enkele jaren met een eigen patiëntenadviesraad. Hierin zitten circa tien patiënten, onder wie enkele ervaringsdeskundigen van het Longfonds die hun training en ervaring goed kunnen inzetten. Onderzoekers binnen het GRIAC bespreken daar hun voorstel in een nog pril stadium met de patiënten, die het onderzoeksvoorstel van commentaar voorzien. Pas daarna dienen de onderzoekers een voorstel in bij het Longfonds of andere financiers. In de adviesraad worden ook de resultaten van afgeronde projecten getoond en besproken.

Samenwerking GRIAC en Longfonds

Het Longfonds gaf het afgelopen jaar een training aan de patiëntenadviesraad van het GRIAC. Tijdens deze training kwam aan bod hoe de adviesraad de patiënten kan ondersteunen die bij onderzoek zijn betrokken. Het Longfonds legde uit hoe de leden van de adviesraad de gebruikte criteria het beste kunnen hanteren. Zo kunnen de patiënten goed voorbereid aan hun taak beginnen. Ook was er afgelopen jaar een bijeenkomst voor de onderzoekers van het GRIAC. Hier vertelde het Longfonds hoe belangrijk het is om in onderzoek patiënten te betrekken en op verschillende momenten van het onderzoek.

Punten van aandacht

Het is een mooi initiatief van het Longfonds en het UMCG, maar het is nog niet af of compleet. Er zijn nog

verschillende punten van aandacht. Het is goed om deze te delen, want alleen zo komen we tot een goed werkende methode om patiënten structureel in onderzoek te betrekken, inclusief de rollen en randvoorwaarden die daarbij horen (Wit et al., 2016) ².

Enkele van de punten van aandacht uit het Longfonds-UMCG initiatief:

1. Onderzoekers hebben behoefte aan meer beknopte informatie over de zorgen, knelpunten en behoeften van longpatiënten. Deze informatie is voor een deel te vinden in de NIVEL monitor die het Longfonds iedere twee jaar laat uitvoeren: [Leven met een longziekte in Nederland](#). Een idee is om deze monitor te vertalen in korte factsheets, zodat onderzoekers deze informatie makkelijker kunnen lezen.
2. Een patiënt die deelneemt aan een commissie of een onderzoek beoordeelt, zou dit niet alleen vanuit eigen ervaring moeten doen, maar vanuit het perspectief van de hele patiëntengroep. Daarom is training van aan onderzoek deelnemende patiënten zo goed. Naast de training van het Longfonds kunnen patiënten ook trainingen volgen bij PGO-support: www.pgosupport.nl.
3. Onderzoekers hebben behoefte aan een format en scholing over hoe ze patiënten kunnen betrekken in onderzoek.
4. Het niveau van kennis en scholing bij de patiënten verschilt nogal. Dat maakt het soms een grote uitdaging om dezelfde taal te spreken en elkaar te begrijpen bij een discussie over het nut en de haalbaarheid van een onderzoek.
5. Op dit moment denken patiënten vooral mee over onderzoeksvoorstellen. Er wordt niet altijd gecheckt of hun adviezen en de toezeggingen die hen zijn gedaan over patiënten-participatie tijdens de looptijd van een onderzoek ook worden opgevolgd. (Tussentijdse) evaluatie is dus belangrijk.
6. Bij onderwerpen die gaan over preventie van longziekten zouden ook donateurs en publiek - niet-patiënten dus - onderzoeken moeten kunnen beoordelen.
7. Om informatie met patiënten en publiek te delen, is het verstandig om naast geschreven teksten ook filmpjes te maken die bijvoorbeeld op YouTube worden gezet. Zo bereik je ook laaggeletterden – ongeveer 12% van de Nederlandse bevolking.

In gesprek met andere onderzoeksgroepen

Uit het bovenstaande blijkt dat het Longfonds en het GRIAC de inbreng van meedenkende patiënten in onderzoek zien als een taak van patiënten en onderzoekers. Samen kunnen ze zorgen dat een onderzoek van meer waarde wordt. Zo'n

samenwerking is ook heel relevant en bruikbaar in andere UMC's in Nederland.

Ook het AMC heeft het initiatief voor een patiënten-adviesraad genomen en de gezamenlijke longonderzoeksgroep daar is inmiddels in gesprek met het Longfonds. Wellicht denken in de overige UMC's ook onderzoekers na over hoe dit te doen. Het zou goed zijn om met elkaar ideeën en initiatieven uit te wisselen. Tot toe nu gebeurt dit niet. Hierdoor gaat de kans verloren om te leren van elkaars initiatieven en missen we de gelegenheid om een stap verder te komen. Het Longfonds gaat dan ook graag met andere UMC's in gesprek over een manier van patiënten-participatie in onderzoek die bij hen past.

Criteria

Bij de beoordeling van onderzoek gaan betrokkenen uit van de criteria vanuit het patiënten-perspectief. Deze criteria zijn in 2012 ontwikkeld en gevalideerd door Teunissen et al. (2013)³ en openbaar toegankelijk op de website van het Longfonds: Waarden en criteria van mensen met een chronische ziekte of beperking. Onderzoekers kunnen deze doorlezen voordat zij een onderzoeksvoorstel voor subsidie gaan indienen bij het Longfonds. Ook voor patiënten is het goed om te weten welke criteria het Longfonds gebruikt.

Achter de schermen

Hoe gaat het eraan toe tijdens een vergadering met de patiënten-adviesraad van het GRIAC? Onderzoekers presenteerden drie onderzoeken en vroegen daarna om reacties van de aanwezigen met een longziekte. Het gesprek kwam op de belasting van een bronchoscopie. De patiënten benadrukten het belang van een zorgvuldige begeleiding en dat het belangrijk is voor een onderzoeker/arts om zich altijd af te vragen of er geen alternatieve methode is. Ook vroegen patiënten zich af of bestaand materiaal niet vaker gebruikt kan worden voor onderzoek zodat er minder vaak een bronchoscopie nodig is. Tijdens de evaluatie van de bijeenkomst verzochten de patiënten of de onderzoekers voortaan vooraf een samenvatting van de onderzoeken kunnen opsturen, inclusief een verklarende woordenlijst met moeilijke woorden. Dit helpt om de discussie meer inhoud te kunnen geven. Ook moeten de onderzoekers de technische vakinhoudelijke taal tijdens de presentaties beter vertalen. Tenslotte bleek drie presentaties bijwonen tijdens één bijeenkomst voor een deel van de mensen met een longziekte te vermoeiend.

Auteurs: dr. Truus Teunissen, adviseur patiënten-participatie Longfonds, truusteunissen@longfonds.nl en Margriet Weide, senior projectleider participatie Longfonds. Longfonds, Postbus 627, 3800 AP Amersfoort. Met dank aan dr. Machteld Hylkema en dr. Prof. Huib Kerstjens van het GRIAC.

Er is geen sprake van belangenverstrengeling.

Referenties

- ¹ Abma TA, Broerse JEW. *Zeggenschap in wetenschap, patiëntenparticipatie in theorie en praktijk*, Den Haag: lemma, 2007.
- ² Teunissen GJ, Abma TA. *Derde partij: tussen droom en daad. Een verkennend onderzoek naar de patiëntenpartij en –criteria voor onderzoek, beleid en kwaliteit bij overheden en zorginstellingen*, Tijdschrift Gezondheidswet 2010; 88:182-9
- ³ Voorwaarden voor succesvolle betrokkenheid van patiënten/cliënten bij medisch wetenschappelijk onderzoek Wit, Bloemkolk, Teunissen, van Rensen TSG jaargang 94 / 2016 nummer 3 - pagina 92 / www.tsg.bsl.nl
- ³ Structuring Patient Advocates' Appraisal and Evaluation of Health Research and Quality of Care G.J. Teunissen, M.A. Visse, W.I. de Boer & T.A. Abma | *Research | Journal of Participatory Medicine* Vol. 5, 2013 | April 18, 2013

Innovatie-project ‘Slimme Animaties’

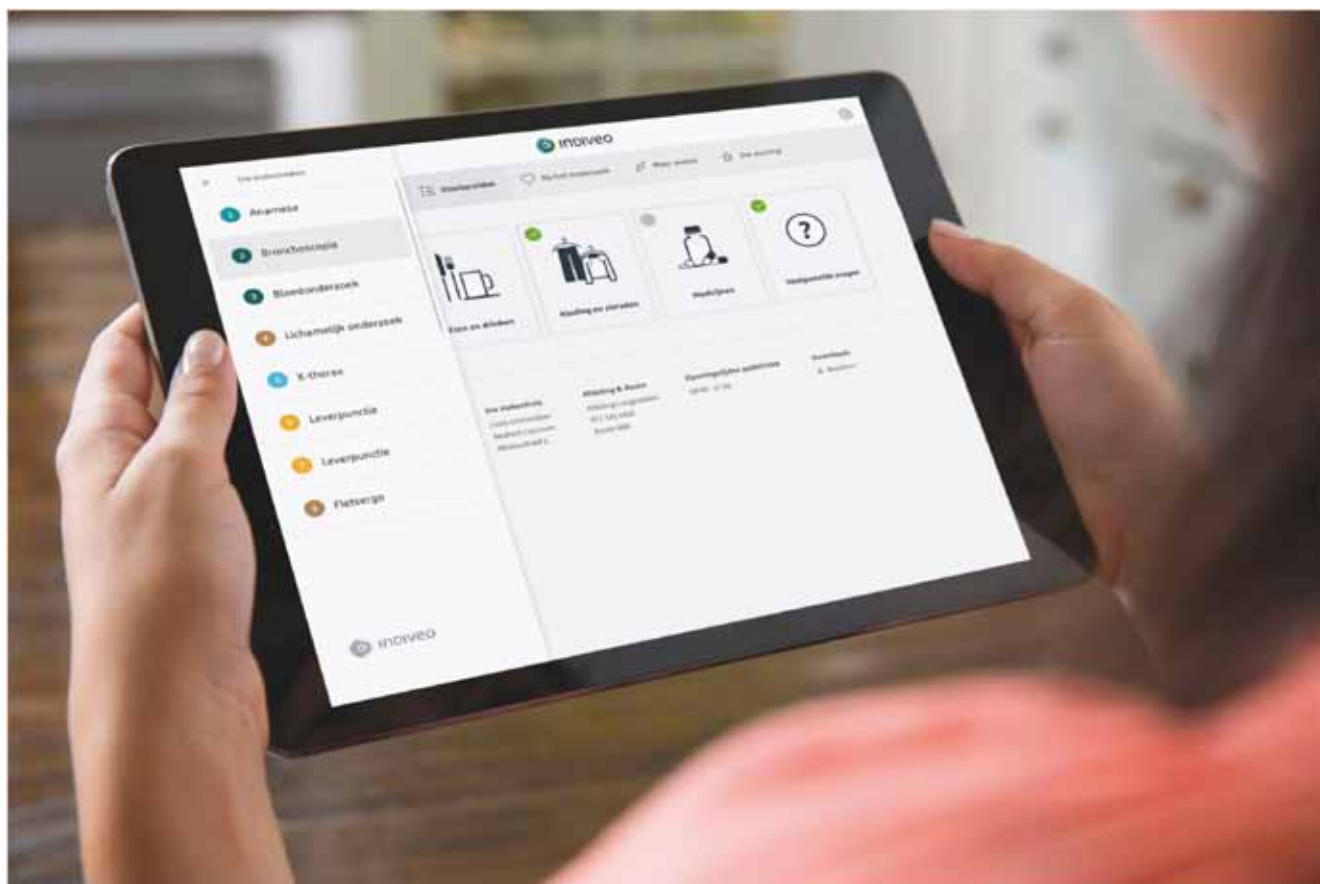
Maakt u wel eens foto's met uw smartphone? Verstuurt u ze misschien ook naar vrienden of deelt u ze op social media? Waarom doen we dat? Omdat beelden zoveel meer zeggen dan woorden.....

Bovenstaande was aanleiding voor ons om eens kritisch te kijken naar de manier waarop wij onze patiënten informeren over aankomend onderzoek, over ziektebeelden en behandelingen. Ziekenhuizen informeren patiënten grotendeels met tekstuele folders, met daarin héél veel woorden. Daarnaast geven zorgverleners meestal een mondelinge toelichting. Beeldmateriaal wordt slechts beperkt ingezet.

En dat terwijl we leven in een wereld van beelden! Webshops bieden geen artikel aan waar geen beelden bij staan. De populariteit van Facebook, Snapchat en Instagram is ongekend. Er is geen hotel op internet te vinden dat zichzelf zonder foto's presenteert. We weten zelf dus heel goed dat beelden veel beter beklijven en informatie beter overbrengen dan tekst. Gelukkig wordt dit ook door onderzoek bevestigd.(1)

Het project dat wij zijn gestart

Met dit inzicht en de kennis dat de huidige manier van patiënten informeren onvoldoende is (2), hebben we twee jaar geleden een subsidie aanvraag ingediend bij het Innovatiefonds van De Friesland Zorgverzekeraar (DFZ) voor het project: ‘Slimme Animaties: patiënteninformatie in beeld en geluid’. De Maatschap Friese Longartsen steunde onze aanvraag en er was bereidheid om middels een pilot ervaring op te doen in alle Friese ziekenhuizen. Na goedkeuring van ons project, inmiddels omgedoopt tot Indiveo, was het startschot gegeven!



Figuur 1: Screenshot van Indiveo.

Wat is Indiveo?

Indiveo (samenvoeging van individueel, digitaal, informatie en video) is een slim gereedschap dat enerzijds bestaat uit een interface voor zorgverleners waarmee beeldende informatie, digitaal naar patiënten gestuurd kan worden, anderzijds uit een digitale omgeving voor patiënten waar de informatie, op smartphone, tablet, laptop of PC kan worden bekeken. Doordat alle diagnostische procedures die de longarts ter beschikking staan, worden uitgelegd in een animatie, is een mondelinge uitleg over hoe bijvoorbeeld een bronchoscopie gaat, niet meer van A tot Z nodig. Door deze beeldende uitleg komen patiënten beter voorbereid bij hun onderzoek. Bekijk hier hoe patiënten hun informatie zien: www.indiveo.nl/voorbeeld, zie ook figuur 1.

Ervaringen van patiënten en zorgverleners

Het project is inmiddels zo goed als afgerond en daarom delen we graag onze ervaringen. Allereerst dank aan het innovatiefonds van DFZ voor de subsidie. Zonder organisaties die zich op deze manier hard maken voor innovatie was ons project niet van de grond gekomen.

Patiënten

Tijdens de projectperiode zijn er meer dan 6000 longpatiënten in 4 Friese ziekenhuizen met beeldende informatie voorgelicht over aankomend onderzoek. Omdat patiënten via het systeem feedback kunnen geven weten we dat patiënten deze nieuwe manier waarderen. Zij beoordelen de informatie gemiddeld met 4 van de 5 sterren ('een 8'). Voorts krijgen we feedback over de inhoud van de informatie (zie figuur 2).

Daarnaast krijgen we veel reacties van patiënten. Een prachtige reactie via een secretaresse uit het Ziekenhuis Nij Smellinghe in Drachten: "Er belde vandaag zelfs iemand (naar de poli) om even te zeggen dat ze het geweldig vond dat we dit (informatie over



Figuur 2: Het merendeel van de patiënten voelt zich goed geïnformeerd met Indiveo.

bronchoscopie via Indiveo) stuurden, nu was zij niet zo bang meer".

Uniforme informatie in verschillende ziekenhuizen

Wat wij vooral spannend vonden was de vraag of het mogelijk zou zijn om de ontwikkelde uniforme informatie in meerdere ziekenhuizen te gebruiken. Alle 40 animaties (de gangbare pulmonale diagnostiek) hebben we in de 4 verschillende ziekenhuizen vóór de start van de pilot met de verantwoordelijke inhoudsdeskundige zorgverleners bekeken. We vroegen hen om de beeldende informatie 'door de ogen van de patiënt' te bekijken. Op deze manier wilden we onderzoeken of er substantiële én voor de patiënt relevante verschillen zaten tussen de manier waarop de diagnostiek in de verschillende huizen verricht wordt. Zonder uitzondering waren alle betrokken longartsen en verpleegkundigen prima in staat om op deze manier naar de informatie te kijken. Op enkele punten waren er 'voor de patiënt relevante' verschillen welke vervolgens in de animatie aangepast werden. Goede, eenduidige informatie, veelal gebaseerd op landelijke standaarden, kan dus prima

in verschillende ziekenhuizen gebruikt worden, waardoor onze patiënten profiteren van uniforme, beeldende informatie. Als bijkomstigheid geldt dat op het niveau van ziekenhuisorganisaties, gezamenlijk gebruik van informatie kosten kan reduceren.

Het gebruik onder zorgverleners

Tijdens het ontwerpproces is er veel tijd gestoken in de gebruiksvriendelijkheid en het ontwerp. Middels meerdere ontwerp- en testrondes is de interface voor zorgverleners tot stand gekomen. Indiveo is een plug- and-play tool waar iedereen, zonder training, direct mee uit de voeten kan. Zie hier hoe Indiveo werkt voor zorgverleners: www.indiveo.nl/zorgverlener

Wij hebben gemerkt dat zorgverleners veel ideeën hebben over nieuwe toepassingen binnen Indiveo en verdere ontwikkeling van het systeem. De betrokkenheid van de gebruikers is fantastisch en motiverend!

Patiënten informeren kan er anders uit gaan zien

Meerdere studies tonen aan dat patiënten de verstrekte informatie van de zorgverlener maar beperkt (< 50%)

kunnen reproduceren.(2) De helft van de tijd die wij besteden aan uitleggen kan daarom praktisch als verloren worden beschouwd. Door patiënten digitaal én in begrijpelijk beeld te informeren wordt deze informatie overdracht veel beter (1). Dit heeft niet alleen te maken met het feit dat beeldende informatie bij de individuele patiënt beter beklift (1) maar zeker ook met het feit dat informatie vaker (alleen of met naasten) én in een eigen tempo, (opnieuw) bekeken kan worden. Als informatie op de juiste manier (lees: medisch correct en voor patiënten begrijpelijk) wordt omgezet naar beelden, kunnen alle patiënten hiervan profiteren. Door informatie op deze manier aan te bieden, valt er 30% van de totale consulttijd te winnen.(3) 'Zinnige Zorg' (4) ten voeten uit!

Het belang van de relatie tussen arts en patiënt voorop

Door het informeren op deze manier vorm te geven hoeft dat niet te betekenen dat er meer afstand tussen u en de patiënt ontstaat. Met het 'winnen' van consult-tijd bedoelen wij niet dat deze tijd geschrapt kan worden. Er ontstaat met Indiveo juist meer ruimte voor persoonlijke aandacht (3) en bijvoorbeeld shared decision making.

Voorts zijn we via de feedback van patiënten aan het leren wat patiënten écht belangrijk vinden! Aan patiënten kunnen via het systeem allerlei vragen gesteld worden (bijvoorbeeld: 'voelde u zich veilig tijdens de bronchoscopie?'

of 'waren de medewerkers van de poli vriendelijk?'), maar ook PROM's en PREM's * kunnen hierin worden meegenomen. Hiermee is Indiveo een tool om praktische invulling te geven aan bijvoorbeeld Value Based Healthcare.(5) Zo kunnen we met elkaar leren van patiënten én daarmee onze zorg verbeteren!(6)

Afronding van het project; de start van het vervolg!

We kunnen trots zijn op het resultaat dat we met elkaar hebben behaald (figuur 3)! We sluiten de pilotperiode nu af en gaan met veel enthousiasme door, onder andere met integratie van Indiveo in de verschillende EPD's

en natuurlijk het uitbreiden van het aantal animaties (ziektebeelden, behandelingen en andere specialismen). Uiteraard hopen we dat alle (long-) patiënten in Nederland op een goede, beeldende manier geïnformeerd mogen worden. Longartsen, verenigd binnen de NVALT, zouden daar aan bij kunnen dragen. Het zou ons als specialisme én wetenschappelijke vereniging onderscheiden als we op deze manier samen invulling zouden kunnen geven aan uniforme en kwalitatief hoogwaardige patiënteninformatie.

Ralph Koppers (longarts Medisch Centrum Leeuwarden) en Edwin de Boer (projectleider Indiveo)



Figuur 3: Als dank voor allen die aan het project hebben meegewerkt. Tevens is te zien welke centra werken met Indiveo.

Referenties:

- 1- Mw. C.S. Meppelink: *Designing Digital Health Information in a Health Literacy Context*. ISBN: 978-94-028-0119-4
- 2- NTVG. 2003;147:1238 Kievits et al en <https://www.dokterdokter.nl/gezond-leven/psychologie/patient-vergeet-helft-uitleg-dokter/>
- 3- NTVPC 2010; 1:22 Keulers et al
- 4- Zinnige zorg: <https://www.zorginstituutnederland.nl>
- 5- *Redefining health care: creating value-based competition on results* Porter en Teisberg 2006
- 6- visie document Medisch Specialist 2025

* PROM: Patient Reported Outcome Measurement. PREM: Patient Reported Experience Measurement

Masterclass Respiratory Infections Barcelona 15-17 juni 2017

Dit jaar werd de masterclass 'Respiratory Infections' voor de zevende opeenvolgende keer gehouden.

De reden van dit succes? Kort samengevat: goede sprekers, goede sfeer en goed eten. Deze conclusie en de herkomst van de veel gehoorde quotes "echt top dit" / "volgend jaar ga ik weer" / "zo lekker heb ik nog nooit geluncht" zullen in dit stuk toegelicht worden.

Op 15 juni reisden wij met een select gezelschap naar Barcelona, om 2 dagen in gesprek te gaan en onderwezen te worden door experts binnen de long-infectieziekten, met als voornaamste sprekers Prof. dr. Antoni Torres (longarts en wetenschappelijk onderzoeker te University Hospital Clínic, te Barcelona; gastheer en mede-organisator) en Prof. Dr. Marc Miravittles (longarts en wetenschappelijk onderzoeker te University hospital Val d'Hébron, Barcelona).



Bedankje voor organisatie prof. Torres



Presentatie prof. Dr. Marc Miravittles

De masterclass wordt georganiseerd door dr. Menno van der Eerden (longarts te Erasmus MC, Rotterdam) met ondersteuning van Chiesi NL. Menno heeft destijds dit initiatief genomen zodat collega's op een laagdrempelige manier met elkaar en met experts te kunnen discussiëren over de nieuwste studies op gebied van infectieziekten en over alledaags casuïstiek. Het gaat om een interactieve masterclass, en een van de eerste verzoeken aan ons – de deelnemers – was dan ook of wij ons actief wilden opstellen tijdens de discussies en we werden uitgenodigd om vooral heel veel vragen te stellen.

Vele onderwerpen passeerden de revue, zoals het gebruik van glucocorticosteroiden bij community acquired pneumonie, de diagnostiek en behandeling van bronchiëctasieën, de waarde van 'pathogen directed therapy' inclusief technieken om de detectie van pathogenen te verbeteren, en de werking van macroliden en hun plaats in de behandeling van CAP. Daarnaast werd er een overzicht gegeven en gediscussieerd over de etiologie en behandeling van COPD exacerbaties, waarbij ook het nut en de risico's van antibiotica- en glucocorticosteroïdegebruik aan bod kwamen. Er werd een uitstekende presentatie gegeven door dr. Eva van Braeckel (longarts te Universitair Ziekenhuis Gent, België) over pulmonale mycoses. Ook was er een *journal club* waarin recente literatuur gerefereerd werd.

Door de ongedwongen sfeer was er inderdaad veel ruimte tot het stellen van vragen en het bediscussiëren van nieuwe data, richtlijnen en beleid. Zo kwamen er veel vragen naar aanleiding van de presentatie van prof. dr Miravittles. Hij attendeerde ons op het overmatige gebruik van prednisolon voor de behandeling van exacerbaties COPD, terwijl dit slechts bij een kleine groep patiënten effectief is. Voor zijn eigen patiënten schrijft hij naar schatting in de helft van de gevallen prednisolon voor (als sprake is van eosinofilie en bij ernstigere exacerbaties gepaard gaand met respiratoir falen).

Daarnaast was een gewaardeerd onderdeel van het programma: de casuïstiek. Er was tevoren verzocht of iedereen die een leuke casus had liggen deze wilde

voorbereiden en inbrengen. Er ontstond een leuke mix van 'dagelijkse praktijk'-dingen (hoe pak je de diagnostiek aan van een bronchiëctasieën, wat doe je bij persisterende koorts ondanks brede antibiotische dekking?); via lastigere casuïstiek bij immuungecompromitteerde patiënten (wat dek je niet met de combinatie Meropenem, Amikacyne, Vancomycine en Voriconazol?); tot de witte raven zoals een aanhoudende hoest door een recidiverende *Pasteurella multocida* infectie, een *Moraxella cattharalis* empyeem en een pneumonie met rash na een wereldreis, wat uiteindelijk toch geen Rocky Mountains spotted fever maar een infectie door *Rickettsia typhi* bleek te zijn.

Zoals u begrijpt is het geen straf dat deze cursus in Barcelona plaatsvindt en dat er ook tijd is ingeruimd voor ontspanning. Daarnaast waren de maaltijden voortreffelijk verzorgd en hebben we zeer veel lokale lekkernijen kunnen proeven. Dat het dessert er vrijwel standaard niet meer inpaste maar toch werd opgesnoept kwam vermoedelijk doordat er heerlijke panna cotta en tiramisu werd geserveerd.



Er was verder een leuke groepssamenstelling, met een mix van Nederlandse en Belgische longartsen en aios. Er was voldoende tijd om elkaar te spreken, wat geleid heeft tot de uitwisseling van medische termen, zo kunnen wij nu over de evacuerende pleurapunctie spreken en kennen ze in België nu ook de slobberscopie (wat ondanks de associatie met sputumstase toch nog altijd beter klinkt dan 'de slijkzuiger erbij halen', zoals ze in België gewoon zijn te zeggen). Concluderend kenmerkte de Masterclass Respiratory Infections zich door een breed aantal onderwerpen die directe relevantie hebben in de dagelijkse klinische praktijk, een kleinschalig karakter met laagdrempelige sprekers waardoor rijke discussies konden ontstaan, en de gezelligheid gecombineerd met vele culinaire hoogstandjes in een hele leuke stad!





Voor onderzoek naar asbest geïnduceerde aandoeningen of naar de positie van asbestslachtoffers heeft het Instituut Asbestslachtoffers (IAS) een stipendium beschikbaar gesteld: het Machiel van der Woude Stipendium. Machiel van der Woude is de eerste directeur van het IAS.

Dit stipendium wordt jaarlijks uitgereikt aan een onderzoeker die een belangwekkend onderzoeksvoorstel indient. In aanmerking voor het stipendium komt in Nederland of België uitgevoerd onderzoek naar het voorkomen, de oorzaak, diagnostiek of behandeling van asbest geïnduceerde aandoeningen of onderzoek naar de juridische of sociale positie van asbestslachtoffers. Het stipendium bedraagt € 15.000.-.

Om mee te dingen naar het stipendium moet het inschrijfformulier worden gebruikt (zie www.ias.nl). De uiterste inzenddatum is 1 december 2017. Een onafhankelijke jury beoordeelt de inzendingen en bepaalt aan wie het stipendium wordt toegekend.

De prijsuitreiking vindt plaats op vrijdag 19 januari 2018 tijdens het Nationale Longkanker Symposium in de Koepelkerk te Amsterdam.

JURY

Prof.dr. P. Baas, hoofd thoraxoncologie Antonie van Leeuwenhoek Ziekenhuis

M.R. van der Heijden, bestuursvoorzitter Instituut Asbestslachtoffers

P.J. Martens, bureausecretaris Instituut Asbestslachtoffers

Prof. dr. J. Van Meerbeeck, UZA, Edegem België

Dr J.H. Schouwink, longarts Medisch Spectrum Twente

Dr J.M. Warning, directeur Instituut Asbestslachtoffers

Drs M.A. van der Woude, voormalig directeur Instituut Asbestslachtoffers

In Memoriam Philip H. Quanjer

Onlangs bereikte ons het droeve bericht dat op 26 juli jl. professor Philip H. Quanjer is overleden. Flip Quanjer, oud-hoogleraar Fysiologie aan het LUMC, was sinds het begin van de 70-er jaren actief op het gebied van de respiratoire fysiologie en heeft een enorme bijdrage geleverd aan de standaardisatie en verbetering van longfunctiemetingen. Hij was betrokken bij de oprichting van de ERS en editor van verschillende tijdschriften. Tot het laatst van zijn leven heeft hij zich ingezet voor de longziekten en voor patiënten met longziekten. In de maart-editie van PulmoScript is nog een artikel gepubliceerd van zijn hand over de GLI referentiewaarden voor spirometrie.

Wij wensen zijn familie en geliefden veel sterkte met dit grote verlies.

Kandidaat-leden



Burak Atasever
aios Spaarne Gasthuis,
Haarlem



Lisette Dijk
aios Sint Antonius
Ziekenhuis, Nieuwegein



Victor Dooren
aios Zuyderland Medisch
Centrum, Heerlen



Jordy Kerkhoff
aios Canisius-Wilhelmina
Ziekenhuis, Nijmegen



Martijn Maus
aios Maastricht Universitair
Medisch Centrum, Maastricht



Wouter Mellema
aios Spaarne Gasthuis,
Haarlem



Elisabet Roosma
aios Scheper Ziekenhuis,
Emmen



Michael Schaik
aios Isala klinieken, Zwolle



Marjolijn Schouten
aios Amphia Breda



Michelle Steens
aios Zuyderland Medisch
Centrum, Heerlen



Marjolein Tilkema-Tiebosch
aios UMCG Groningen



Lonneke Visscher
aios Medisch Spectrum
Twente, Enschede



Romkje Vos-Hospes
aios Universitair Medisch
Centrum Groningen



Annemiek Wolters
aios RadboudMC, Nijmegen

Nieuw benoemde longartsen

Mieke Celis opgeleid in Zuyderland MC, Heerlen

Jeroen van Exsel opgeleid in RadboudMC, Nijmegen

Merel Hellemons opgeleid in VU Medisch Centrum, Amsterdam

Joline Lind opgeleid in VU Medisch Centrum, Amsterdam

Akke-Nynke van der Meer opgeleid in Medisch Centrum, Leeuwarden

Jorien Minnema-Luiting opgeleid in Universitair Medisch Centrum Groningen

Tam Nguyen opgeleid in RadboudMC, Nijmegen

Willemien Nienhuis opgeleid in Medisch Centrum, Leeuwarden

Sarah van Oord opgeleid in Hagaziekenhuis Den Haag

Niels van der Sloot opgeleid in Catharina Eindhoven

Louise Urlings-Strop opgeleid in Franciscus Rotterdam



Senior leden

Roland Stallaert Hoorn

Wijzigingen in uw persoonlijke gegevens kunt u doorgeven op uw persoonlijke pagina op de website. Overige wijzigingen zoals bv het einde van uw opleiding of het omzetten van uw lidmaatschap in een senior-lidmaatschap kunt u mailen naar secretariaat@nvalt.nl.

Enkele belangrijke data

2017

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">  Hermesexamen, Utrecht • Rembrandt cursus acute en chronische trombo-embolische ziekte, Amsterdam, • CHEST, Toronto, Canada • 2 dagen bomen over COPD, Wolfheze • Modules in Bronchoscopy, VUmc • Multidisciplinair Longkankersymposium 'Raakvlakken in de zorgketen' Nijmegen • Transthoracale Echografie AMC | <p>7 oktober</p> <p>12 en 13 oktober</p> <p>28 okt t/m 1 nov</p> <p>1 t/m 3 november</p> <p>8 t/m 10 november</p> <p>8 november</p> <p>9 november</p> |
| <ul style="list-style-type: none">  Bronkhorst Colloquium, Veldhoven • Slaapcongres Ermelo | <p>23 t/m 25 november</p> <p>30 nov t/m 1 dec</p> |

2018

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Prof. dr. Jules van den Bosch Symposium, St. Antonius Nieuwegein, • Slaapcursus der Lage Landen, Antwerpen | <p>11 januari</p> <p>18 t/m 20 januari</p> |
| <ul style="list-style-type: none">  Bronkhorst Colloquium, Blankenberge • Winter ILD school Davos • 20^e Nationale longkanker symposium, Amsterdam • Medisch Leiderschap, omgaan met obstructie in de zorg • Wengen op de Wadden • Op de Hoogte van astma, Davos | <p>8 t/m 10 februari</p> <p>15 t/m 18 januari</p> <p>19 januari</p> <p>24 t/m 26 januari</p> <p>11 t/m 15 maart</p> <p>14 t/m 17 maart</p> |
| <ul style="list-style-type: none">  Week van de Longen (Longartsenweek + Longdagen) • Liverpool goes Dutch, laatste inzichten van palliatieve zorg, Apeldoorn • ATS, San Diego • ASCO, Chicago | <p>9 t/m 12 april</p> <p>18 t/m 20 april</p> <p>18 t/m 23 mei</p> <p>1 t/m 5 juni</p> |
| <ul style="list-style-type: none">  Ergometriecursus | <p>14 t/m 15 juni</p> |
| <ul style="list-style-type: none">  Najaarscongres • ERS, Parijs | <p>6 t/m 7 september</p> <p>15 t/m 19 September</p> |
| <ul style="list-style-type: none">  Hermesexamen, Utrecht | <p>6 oktober</p> |
| <ul style="list-style-type: none">  Bronkhorst Colloquium, Veldhoven | <p>22 t/m 24 november</p> |

Alle geaccrediteerde nascholingen vindt op de congresagenda van PE-online.
<https://www.pe-online.org/public/index.aspx?pid=73>