

De kennishiaten zijn onderverdeeld in de volgende deelgebieden:	Aantal kennishiaten (incl. overlap)
Oncologie - lower en upper	41
Endoscopie	23
Motoriek/functioneel	32
Hepatologie	32
IBD	57
Voeding	21
Hepatopancreaticobiliair	13
Algemeen	3
Totaal	222

NR.	Bron NR	Bron	Kennishiaat	Toelichting
Groep 1: Deelgebied oncologie				
1	95	Achterban	Is weglaten van EUS bij staging oesophaguscarcinoom naast kostenbesparend ook veilig en effectief?	EUS wordt steeds minder vaak standaard gedaan, is dit veilig?
2	96	RL Barrett	Wat is de kosteneffectiviteit van screening op Barret -oesofagus?	Hoewel sommige studies suggereren dat screening op Barrett-oesofagus, bijv. bij chronische reflux symptomen, kosteneffectief is, zijn er veel praktische bezwaren om een dergelijk programma te starten
3	97	RL Barrett	Wat is de specificiteit en sensitiviteit van intestinale metaplasie als marker voor Barrett-oesofagus in endoscopische bipten van de distale slokdarm?	Intestinale metaplasie is een specifieke en relatief sensitieve marker voor Barrett-oesofagus in endoscopische bipten van de distale slokdarm; in een normale gastro-oesofageale overgang wordt echter in 1/3 van de bipten ook intestinale metaplasie gevonden.
4		RL Barrett	Surveillance Barrett-oesagus (samengesteld uit lichtgroene kennishiaten hieronder)	
4a	98	RL Barrett	Wat is de kosteneffectiviteit en overlevingswinst van surveillance van patiënten met Barrett- oesofagus?	Er is geen bewijs dat surveillance van patiënten met Barrett-oesofagus kosteneffectief is of overlevingswinst geeft.
4b	99	RL Barrett	Wat is de effectiviteit van endoscopische surveillance van Barrett-oesofagus op overleving?	De beperkte literatuurgegevens die suggereren dat endoscopische surveillance van Barrett-oesofagus leidt tot overlevingswinst door het ontdekken van vroege, beter behandelbare stadia van HGD en adenocarcinoom betreffen observationele en retrospectieve studies.
5	100	RL Barrett	Wat zijn de risicofactoren voor progressie naar HGD/adenocarcinoom in Barrett-oesofagus?	Risicofactoren voor progressie naar HGD/adenocarcinoom in Barrett-oesofagus zijn naast de aanwezigheid van LGD, de lengte van het Barrett-segment, >10 jaar bekend zijn met een Barrett-oesofagus en de endoscopische aanwezigheid van oesofagitis.
6	101	RL oesofagusca	Wat is de effectiviteit van screening bij hoog-risicogroepen van oesofaguscarcinoom?	identificatie van hoog risicogroepen van oesofaguscarcinoom, nut van screening? Bijv. alcohol, roken, dieet, obesitas, plummer -vinson syndroom, tylosis

7	102	RL oesofagusca	Is hoge leeftijd een contra- indicatie voor een oesofagusresectie?	Er zijn aanwijzingen dat hogere leeftijd op zich geen contra-indicatie is voor een oesofagusresectie.
8	103	RL oesofagusca	Wat is de plaats van aanvullend onderzoek (bloedonderzoek, endoscopie, CT-thorax/abdomen) tijdens follow- up na oesofaguscarcinoom?	Aanvullend onderzoek tijdens follow-up na oesofaguscarcinoom, zoals bloedonderzoek (hemogram en leverenzymen), endoscopie en CT-thorax/ abdomen wordt alleen op indicatie verricht.
9	104	Kennisagenda NVVH	Hoe dient de nacontrole en nazorg na een in opzet curatie behandeling van een oesofaguscarcinoom of maagcarcinoom plaats te vinden?	
10	1	Achterban	Is het veilig om <3 jaar na een volledige coloscopie een positieve iFOBT (BVO) te negeren?	Veel mensen doen toch mee aan het BVO ondanks dat ze al in een poliepsurveillanceprogramma zitten. Dit leidt mogelijk tot veel extra (onnodig?) onderzoek.
11	2	Achterban	Lynch syndroom, kanker risico's	Welke factoren hebben invloed op het kanker risico's bij Lynch syndroom, Voeding/ leefstijl? Aanwezigheid bepaalde bacterien? Single nucleotide polymorfisme?
12		Achterban	Screening op lynch syndroom (samengesteld uit lichtgroene hiaten hieronder)	
12a	6	Achterban	Lynch-syndroomscreening	Hoe vaak en vanaf welke leeftijd is screening bij Lynch-syndroom nodig rekening houdend met de verschillende onderliggende genmutaties. Is elke twee jaar belangrijk? Voor elk gen? ook voor MSH6?
12b	7	Achterban	Bepalen interval en startleeftijd coloscopie bij Lynch syndroom obv specifieke mutatie.	Op dit moment ondergaan alle patiënten met Lynch syndroom eenzelfde soort surveillance. Het risico op CRC is echter niet voor elke mutatie hetzelfde. Stratificeren van de surveillance naar mutatie zou coloscopieën kunnen besparen voor de dragers van een laag-risico mutatie.

12c	14	Achterban	Wat is de optimale surveillance interval en start leeftijd voor patiënten met het Lynch syndroom met een PMS2 of MSH6 pathogene mutatie?	Nu krijgen alle patiënten met lynch syndroom hetzelfde surveillance advies in de NL richtlijn, terwijl bij PMS2 en MSH6 de risico's op darmkanker later optreden en minder hoog zijn. Een apart advies voor deze groep is dus zinvol om het aantal en de belasting van de coloscopieën te verminderen.
13	9	Achterban	Kan een vroegcarcinoom (adenocarcinoom) met hoogrisicokenmerken veilig worden gesurveilleerd (met of zonder sentinel node)?	kun je patiënten met een hoogrisico-vroegadenocarcinoom veilig vervolgen met of zonder sentinel-nodeprocedure?
14	10	Achterban	Rol van bacterien bij ontstaan van poliepen	Wat is de rol van bacterien bij het ontstaan van poliepen. Zijn er preventieve maatregelen mogelijk?
15		Achterban	Leeftijd surveillance poliepen en CRC (samengesteld uit lichtgroene hiaten hieronder)	
15a	11	Achterban	Is het veilig om poliepsurveillance EN CRC surveillance te stoppen bij de leeftijd van 75 jaar?	
15b	15	Achterban	Is huidige leeftijd surveillance 75 jaar nog hanteerbaar of moet dit worden opgerekt naar 80 jaar ivm toenemende vergrijzing?	
16	13	Achterban	Screening naar darmkanker en Barrett slokdarm verbeteren met non invasieve onderzoeken, waardoor minder onnodige invasieve onderzoeken.	
17	19	RL erf darmca	Op welke manier kan endoscopische diagnostiek van duodenale polyposis bij FAP/AFAB/MAP verbeterd worden?	Verbetering van endoscopische diagnostiek van duodenale polyposis bij FAP/AFAP/MAP (betere inschatting van hoog-risico groep waarvoor interventie noodzakelijk is).
18	20	RL erf darmca	Welk interval (3,4,5 of 6 jaar) en startleeftijd (45, 50 of 55 jaar) bij surveillance voor familiair colorectaal carcinoom zijn het meest (kosten)effectief?	Het optimale interval (3,4,5 of 6 jaar) en de optimale startleeftijd (45, 50 of 55 jaar) in termen van (kosten)effectiviteit bij surveillance wegens familiair colorectaal carcinoom.

19	24	RL erf darmca	Wat is de compliance van adviezen voor surveillance bij Lynch syndroom, (A)FAP/MAP en familiair colorectaal carcinoom?	De mate van compliance met adviezen voor surveillance bij Lynch syndroom, (A)FAP/ MAP en familiair colorectaal carcinoom; factoren die compliance belemmeren dan wel bevorderen.
20	29	RL erf darmca	Wat is het beste moment voor preventieve colectomie bij patiënten met FAP en wat is de noodzaak en beste moment van preventieve colectomie bij AFAP/MAP?	Het beste moment van preventieve colectomie bij patiënten met FAP en de noodzaak en/of moment van preventieve colectomie bij AFAP/MAP.
21	40	RL CRC	Geeft aanvullende segmentele colonresectie een betere uitkomst in termen van recidief vrije en totale overleving bij patiënten die een endoscopische poliepectomie hebben ondergaan waarbij sprake bleek van een Tis/T1 coloncarcinoom?	
22	41	RL CRC	Wat is de meerwaarde van een stent of deviërend colostoma ten opzichte van acute resectie met of zonder primaire anastomose bij acute obstructie door een linkszijdig coloncarcinoom?	
23	48	RL Maagcarcin	Zouden personen met een maagresectie (BI en BII anastomose) of achloorhydrie gescreend moeten worden?	
24	53	RL Maagcarcin	Welke patiënten komen in aanmerking voor lokale resectie?	
25		RL Maagcarcin	ESD en EMR bij maagcarcinoom (samengesteld uit lichtgroene kennishiaten hieronder)	
25a	54	RL Maagcarcin	Welke work-up is noodzakelijk voordat tot een EMR kan worden overgegaan?	
25b	55	RL Maagcarcin	Wat zijn de gewenste en ongewenste effecten van EMR in vergelijking met chirurgische maagresectie bij patiënten met een vroegcarcinoom?	
25c	56	RL Maagcarcin	Wat zijn de gewenste en ongewenste effecten van ESD in vergelijking met chirurgische maagresectie bij patiënten met een vroegcarcinoom?	

25d	57	RL Maagcarcin	Wat zijn de gewenste en ongewenste effecten van EMR in vergelijking met ESD bij patiënten met een vroegcarcinoom?	
26	58	RL Maagcarcin	Wat zijn mogelijke complicaties en benodigde maatregelen rondom een endoscopische resectie?	
27	59	RL Maagcarcin	Wat zijn lange termijn uitkomsten en welke endoscopische follow-up is vereist?	
28	76	RL Maagcarcin	Welke voedings- en/of vitamineondersteuning wordt aanbevolen na een maagresectie?	
29	77	RL Maagcarcin	Is er bij patiënten met een partiële of totale maagresectie een verschil in mate van vitamine B12 deficiëntie bij oraal/nasaal toediening vergeleken met intramusculaire toediening?	

30	86	Kennisagenda NVVP	<p>Hoe kunnen moleculaire data geïntegreerd worden met morfologische data om tumoren beter te classificeren?</p> <p>Start toelichting: Met steeds uitgebreidere kennis van de etiologie en pathogenese van tumoren en complexere moleculaire testen binnen de diagnostiek wordt tumorclassificatie steeds verfijnder. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de sarcomen waar classificerende diagnoses steeds vaker worden gesteld op basis van de aanwezigheid van specifieke mutaties en/of fusiegenen (7,8). Ook wordt er binnen (adeno)carcinoom diagnoses een verdere subclassificatie toegepast op basis van moleculaire afwijkingen, de zogenoemde moleculaire classificaties. Dit is veelal gebaseerd op onderzoek vanuit de TCGA (The Cancer Genome Atlas) zoals bijvoorbeeld binnen long- (9), mamma- (10) en oesofagus-maagcarcinomen (11,12). Hieruit komt echter ook naar voren dat het een combinatie is van moleculaire kenmerken bij morfologische karakteristieken. Bij een aantal tumortypen die ontstaan in verschillende organen rijst daarbij de vraag in hoeverre zij inderdaad echt verschillende entiteiten zijn, of onderdeel van een spectrum, als daarbij exact dezelfde moleculaire afwijking wordt aangetoond.</p>	<p>Vervolg toelichting: Denk daarbij aan angiomatoid fibreus histiocytomen en intracraniale myxoid mesenchymale tumoren waar bij beiden EWSR1-CREB/ATF fusies worden gevonden of secretoire mammacarcinoom en MASC (speekselkliertumoren) waar bij beiden ETV6-NTRK fusies worden aangetoond (13–16). Ook kunnen overeenkomstige mutaties of amplificaties tussen verschillende primaire tumoren leiden tot eenzelfde behandeling, zoals het gebruik van trastuzumab bij HER2 amplificatie in borst- en oesofagus/maag adenocarcinomen. Een belangrijke onderliggende vraag is of entiteiten met overeenkomstige moleculaire veranderingen eenzelfde klinisch beloop hebben en/of op eenzelfde wijze behandeld kunnen worden. Niet alle moleculaire afwijkingen zijn tumor-specifiek en hebben deels ook afhankelijk van het orgaan of weefsel een verschillende reactie op een gerichte behandeling. Mutaties in BRAF en KRAS worden frequent bij een scala aan (benigne en maligne) tumoren aangetoond, maar ook de EML4-ALK fusie wordt niet alleen gevonden bij niet-kleincellig longkanker, maar ook bij inflammatoire myofibroblastische tumoren (IMT) van de long (17). In hoeverre moleculaire afwijkingen dus specifiek zijn voor een bepaalde tumor is niet voor alle tumoren even duidelijk en morfologische beoordeling blijft het uitgangspunt. Voor een nader te bepalen groep van tumoren zal dit uitgezocht moeten worden.</p>
----	----	----------------------	--	--

31	87	Kennisagenda NVVP	<p>Welke genen zijn klinisch relevant voor moleculaire analyse in tumortypen waarbij dit nu geen gangbare praktijk is?</p> <p>Start toelichting: Doelgerichte therapie, ofwel targeted therapy, en bijbehorende mutatie en/of translocatie analyse diagnostiek hebben de afgelopen jaren een zeer prominente rol ingenomen bij de gepersonaliseerde behandeling van kanker. Tevens heeft deze mutatie analyse inmiddels bij een breed scala aan tumortypen een belangrijke diagnostische rol. Analyse van genetische aberraties middels Next Generation Sequencing is inmiddels standard-of-care geworden bij verschillende, frequent voorkomende maligniteiten, zoals NSCLC, CRC, melanoom etc. Bij andere tumortypen, zoals bijvoorbeeld DLBCL, prostaat carcinoom, endometrium carcinoom, en mamma carcinoom is landelijk nog veel variatie op het gebied van de aangeboden moleculaire diagnostiek. Echter, het tijdig en kwalitatief hoogstaand verrichten van deze diagnostiek met gen-content volgens de laatste standaarden, resulteert in een doelmatige en efficiënte inzet van vaak kostbare medicamenten met ptimale gezondheidswinst voor de patiënt.</p>	<p>Vervolg toelichting: Tevens is het voor het stellen van de juiste diagnose, eventueel samenhangend met daaruit voortvloeiende therapie in de breedste zin van het woord, van evident belang dat de volledige potentie van moleculaire diagnostiek in dit kader wordt benut en dat iedere patiënt toegang heeft tot de juiste diagnostiek volgens de laatste inzichten. De ontwikkelingen op het gebied van dergelijke biomarkers en daaraan gekoppelde therapieën en diagnoses volgen elkaar echter in een dusdanig hoog tempo op, dat de in richtlijnen opgenomen informatie (substantieel) achterloopt bij de laatste ontwikkelingen. Om dit kennishiaat te adresseren zullen onder andere de volgende aspecten in kaart moeten worden gebracht: • zijn er op basis van bijvoorbeeld beschikbare trials aanvullende markers van belang? • het resultaat van dit onderzoek betreft een momentopname, waardoor de verkregen tumorspecifieke relevante gen-content relatief snel achterhaald zal zijn. Er zal daarom in dit onderzoek ook aandacht moeten zijn voor het uitwerken van een benadering hoe deze informatie met voldoende regelmaat aangepast en uitgebreid kan worden. Zie ook het kennishiaat "Wat is de meest doelmatige wijze waarop (complexe) moleculaire diagnostiek ingezet kan worden binnen de pathologie?". Aansluitend spelen ook de volgende punten mee: • voor welke overige tumortypen wordt in Nederland -in expertise centra maar ook daarbuiten- reeds moleculaire analyse uitgevoerd op diagnostisch en/of therapeutisch vlak? • welke gen-content wordt hiervoor inmiddels (standaard) aangeboden? • luit deze content volledig aan bij landelijke richtlijnen, maar bijvoorbeeld ook bij de tumorspecifieke WHO-richtlijnen of is uitbreiding op basis hiervan noodzakelijk?</p>
----	----	-------------------	--	--

32	89	Kennisagenda NVVP	<p>Wat is de (kosten)effectiviteit van huidige en bredere moleculaire panels ten opzichte van whole exome sequencing en/of whole genome sequencing?</p> <p>Start toelichting: De moleculaire diagnostiek neemt een steeds prominenter positie in binnen de pathologie, en dan met name binnen de oncologie diagnostiek. Zo worden zogenaamde 'single gene' testen (FISH en rt-PCR) voor de detectie van fusiegenen steeds vaker vervangen door bredere technieken zoals nanostring en NGS en wordt bij mutatie-bepalingen het aantal geteste genen steeds groter (33–35). Waar eerst ~10 genen werden getest voor mutaties zijn dat er nu al standaard 50 en worden incidenteel ook al panels met >500 genen, whole exomes (WES) of whole genomes (WGS) geanalyseerd (36–40). Het aantal biomarkers dat getest wordt gaat ook aanzienlijk verder dan is vastgesteld in de richtlijnen zoals deze zijn gepubliceerd op www.richtlijnen database.nl.</p>	<p>Vervolg toelichting: Hoewel er vanuit de kliniek en maatschappij gevraagd wordt om voor steeds meer biomarkers te testen, is het onduidelijk in hoeverre dit ook leidt tot betere behandeluitkomsten en wat de kosteneffectiviteit is. Dit laatste wordt steeds belangrijker, met name in die maligniteiten waarbij slechts enkele mutaties met consequenties voor behandelplan aanwezig kunnen zijn. Als in die gevallen de frequentie van zo'n mutatie laag is, moeten veel patiënten worden getest om één patiënt te kunnen behandelen ("numbers needed to test") en nemen de diagnostiekkosten ten opzichte van behandelkosten navenant toe. Dit is derhalve relevant in kosteneffectiviteits afwegingen. Deze vraag is met name ook gerechtvaardigd, omdat de steeds complexere testen leiden tot meer kosten voor de pathologie afdelingen/organisaties. Het is daarom noodzakelijk de meerwaarde van deze diagnostiek bij maligniteiten objectief vast te stellen om dit als zodanig ook te kunnen betrekken bij beleidskeuzes en adequate bekostigingssystematiek die daaruit voort zou moeten vloeien. Dit kennishiaat heeft raakvlakken met het eerdere kennishiaat met betrekking tot de doelmatige inzet van moleculaire diagnostiek in bredere zin. Ook de uitkomsten van de eerder genoemde ZonMW projecten TANGO en PATH en de WIDE studie kunnen belangrijke inzichten opleveren met betrekking tot de effectiviteit van moleculaire diagnostiek. Deze projecten zijn echter beperkter van opzet (bijv. enkele tumortypen en/of targeted treatments) en het is daarom relevant de (kosten)effectiviteit in bredere zin te evalueren.</p>
----	----	-------------------	---	---

33	91	Kennisagenda NVVP	Welke immunohistochemische kleuringen zijn wanneer klinisch relevant bij premaligne afwijkingen en hoe kosteneffectief zijn deze?	<p>Het verrichten van aanvullend onderzoek op biopten om de diagnose van (pre-) maligne afwijkingen te ondersteunen wordt wisselend toegepast tussen pathologen en tussen pathologie laboratoria. Over de toegevoegde waarde van bijvoorbeeld P53 immunohistochemie bij Barrett metaplasie van de oesofagus valt niet te twisten, wat ook uit verschillende Nederlandse onderzoeken naar voren is gekomen (44,45). Ook is er uitgebreid onderzoek verricht naar de waarde van aanvullende immunohistochemische kleuringen (met name P16/Ki-67) bij cervicale intraepitheliale neoplasie, zogenoemde CIN laesies (46,47). Bij gedifferentieerde vulvaire intraepitheliale neoplasie (dVIN) is wel onderzoek verricht naar de waarde van immunohistochemie, maar variëren de aanbevelingen en best practices (48,49). Voor het verrichten van immunohistochemie bij de diagnostiek prostaatcarcinoom is er wereldwijd meer consensus en zijn er al in 2014 internationale aanbevelingen opgesteld (50). Echter voor al deze aandoeningen is het bekend dat er in Nederland praktijkvariatie bestaat bij het toepassen van aanvullende kleuringen, zijn er geen nationale richtlijnen beschikbaar en is het onduidelijk hoe (kosten-) effectief het verrichten van extra diagnostiek is.</p>
34	94	Kennisagenda NVVH - prioriteringsbijeenkomst	Wat is de impact van het invoeren van gestructureerde analyse en behandeling van postoperatieve functionele klachten (oa LARS, mictie en seksuele klachten) op kwaliteit van leven bij patiënten na een colorectale resectie?	<p>NB. Dit kennishiaat is geprioriteerd tijdens de prioriteringsbijeenkomst van de NVVH. Deze formulering is dus nog niet definitief.</p>

NR.	Bron NR	Bron	Kennishiaat	Toelichting
Groep 2: Deelgebied endoscopie				
35		Achterban	Duurzame zorg (samengesteld uit lichtgroene kennishiaten hieronder)	
35a	1	Achterban	Zijn re-usable producten (zoals bitjes, spoelangen, spuitjes) onveilig(er) (wat betreft infectie risico) dan disposables?	Gezien de klimaatcrisis vind ik dat wij als MDL artsen ons steentje moeten bijdragen aan het 'vergroenen' de zorg. Om die reden zou ik (en mijn scopie team) graag willen uitzoeken op welke wijze wij zoveel mogelijk attributen op de scopie kamer veilig kunnen hergebruiken. Als we hier goede manieren voor vinden (op welke wijze steriliseren/ schoonmaken etc) kunnen we dit landelijk en wellicht wereldwijd implementeren.
35b	15	Achterban	Wat is de minimale vereiste qua hygiëne preventie maatregelen op de scopiekamer om duurzame zorg te kunnen leveren?	Er zijn grote verschillen in hygiëne preventie van materiaal op de scopiekamer binnen ziekenhuizen. Hierdoor wordt er meer disposable materiaal gebruikt dan nodig. Om duurzame zorg te kunnen leveren zou dit uniformer moeten aan de hand van evidence based adviezen
35c	8	Achterban	Kunnen we, gezien onze carbon footprint, disposables op de scopiekamer (van slangen, bitjes, tot endoscopisch instrumentaria) op een veilige manier vervangen door re-useables? <i>Suggestie voor herformuleren: vergelijkend onderzoek naar kosten/milieubelasting en gezondheidswinst bij standaardgebruik van single-use (duodenoscopen) vs huidige praktijk</i>	

36	3	Achterban	<p>Verwijzing door huisarts voor coloscopie zonder interventie/kritische beoordeling door MDL arts: hoe vaak kan een coloscopie worden voorkomen bij vooraf kritische beoordeling indicatie MDL arts?</p> <p><i>Suggestie voor herformuleren: RCT naar onafhankelijke toetsing bij 6 veelvoorkomende indicaties voor coloscopie (buikpijn, poliepscreening (fam VG), poliepsurveillance, obstipatie, rectaal bv, gewichtsverlies); effect op kosten en (scopie)opbrengsten.</i></p>	<p>Wij en ZBC's helemaal krijgen veel verzoeken voor coloscopie. Indien we die rechtstreeks zouden honoreren worden er veel onnodige coloscopieën verricht. Veel Coloscopieën kunnen worden vervangen door anamnestiche revisie en goed Lichamelijk onderzoek inclusief RT en evt. eenvoudigere tests (calprotectine, beperkt lab). Vaak kan bij wens tot beoordeling colon volstaan worden met een CT-C.</p>
37	4	Achterban	<p>Welke surveillance richtlijn moet ik aanhouden na endoscopische resectie van T1 carcinomen?</p> <p><i>N.a.v. deze vraag zijn de onderstaande lichtgroene kennishiaten door de werkgroep geformuleerd.</i></p>	<p>Ondertussen zijn er veel ideeën in de omloop over het vervolg van T1 carcinomen na endoscopische resectie. Ik mis een echt duidelijke richtlijn, waarin alle goede en slechte kenmerken meegenomen worden, waarna een duidelijk pad met de patiënt kan worden gekozen. Ik merk veel verschil per supervisor, de ene verricht een scopie met bipten nadien, de ander kiest voor endoscopische follow up (ook verschillend welk interval) en weer een ander laat patiënt vrij snel voor aanvullende resectie gaan (endoscopisch danwel chirurgisch).</p>
37a			<p>Intensief FU-schema vs completerende chirurgie bij patienten na resectie T1CRC met intermediair-risico op lymfkliermetastasen.</p>	
37b			<p>Moeten alle afwijkingen in het rectum >20 mm, of met een focus verdacht voor kanker, en-bloc worden verwijderd ter preventie van TME chirurgie voor een T1CRC (proportie rectumsparende behandelingen, kwaliteit van leven, kosten)?</p>	
37c			<p>Strategie bij optische verdenking op diep-invasief T1CRC; is eerst endoscopische therapie (evt gevolgd door completerende chirurgie) vs direct chirurgie wel zinvol, kosten-effectief?</p>	

38	28	RL coloscopie	Wat is de (kosten)effectiviteit van coloscopie surveillance na endoscopische verwijdering van serrated poliepen?	Prospectieve gerandomiseerde longitudinale onderzoeken na endoscopische verwijdering van serrated poliepen zijn schaars. Ook zijn er geen kosten-effectiviteitsstudies over dit onderwerp gepubliceerd. Dit is de rede dat de werkgroep adviseert deze richtlijn te actualiseren zodra er beter bewijs voorhanden is.
39	6	Achterban	Is verlenging van het surveillance interval bij een poliepscore van 1 even effectief en veilig?	Het vervolgen van alle patiënten met bijvoorbeeld 1 adenomateuze poliep van 5mm in het colon ascendens of 2 kleine poliepjes in het sigmoid geeft een behoorlijke belasting op de endoscopieafdeling en het roept wel eens de vraag op af dit nu ook echt veel gezondheidswinst oplevert. Dwz kunnen we onze scopiecapaciteit niet nuttiger besteden.
40	29	RL coloscopie	Wat is het meest optimale interval van coloscopie surveillance bij patiënten met familiair risico op colorectaal carcinoom (CRC)?	Er is (nog) geen bewijs wat het optimale interval tussen de coloscopieën bij patiënten met familiair CRC is.
41	9	Achterban	Wat is het effect van een polibezoek voor de check (klopt) coloscopie familiale belasting CRC?	
42	16	Achterban	Hoe zinvol zijn surveillance coloscopieën bij links tijdige colitis?	In het kader van zinvolle zorg en het vrijmaken van capaciteit in het ZH is het wenselijk niet-zinvolle controles te stoppen. Coloscopieën zijn daarnaast ook belastend. In mijn herinnering is het risico op colon ca bij linkszijdige colitis vergelijkbaar met die van de NL bevolking. Colon ca surveillance doen we vanaf een risico dat 3x het populatierisico is. Vanuit dit oogpunt kan de surveillance bij links tijdige colitis misschien gestopt worden.
43	18	Achterban	Is vervanging van jaarlijks voor 2-jaarlijks coloscopie bij patiënten met ibd en psc zonder dysplasie even effectief en veilig?	
44		Achterban	Opsturen van kleine colonpoliepen (<5 mm) (samengesteld uit lichtgroene kennishiaten hieronder)	

44a	22	Achterban	Is alleen optische beoordeling en vervolgens verwijdering van colon poliepen < 5 mm even veilig als het verwijderen en insturen voor histologische beoordeling?	Nu kost het veel tijd en geld om alle poliepen die verwijderd worden ook te laten onderzoeken door de patholoog. Als we de kleinere poliepen < 5 mm alleen optisch beoordelen en verwijderen en op basis van de optische diagnose het surveillance beleid bepalen voor deze kleine poliepen is dit mogelijk even veilig, maar veel minder werk en veel goedkoper. Dit is dus exact de vraag in het voorbeeld; waarvoor de vorige keer helaas geen verder onderzoek is verricht omdat hiervoor geen financiering verkregen is.
44b	23	Achterban	Wat is het effect van optische diagnose en/of helemaal niet opsturen van kleine (<5 mm) colonpoliepjes naar de patholoog: op gezondheid, de efficiëntie en kosten? En hoe organiseren we dit: kwaliteitseisen, registratieplicht/last en hoe organiseren we de kwaliteitsborging? Is er een rol voor AI?	
44c	24	Achterban	Dien ik alle poliepjes < 5 mm in het colon te verwijderen en op te sturen voor PA, ongeacht de leeftijd?	Merk dat ik me steeds vaker afvraag wat de opbrengst is van poliepectomieën < 5 mm. Het is behoorlijk veel werk voor meerdere partijen, waaronder de patholoog en de opbrengst is eigenlijk nihil. Moeten we alles wel weghalen? Moeten we alles wel opsturen voor PA?
45	26	Overige stakeholders	Kan een gesprek met een VS of specialistisch verpleegkundige met patiënten verwezen voor gastroscopie vanuit de eerste lijn (welke niet voldoen aan de NHG) een gastroscopie voorkomen?	Nav project zinnige zorg maag
46	27	Overige stakeholders	Bij welke kenmerken bij mensen jonger dan 50 jaar met maagklachten zonder alarmsymptomen is een gastroscopie van meerwaarde? Leidt het tot een wijziging in het vervolgbeleid? Kan de combinatie van patiënt kenmerken leiden tot een risicoscore op maligniteiten?	Patiënten met maagklachten tussen 18 en 50 jaar, zonder alarmsymptomen, die naar het ziekenhuis worden verwezen door de huisarts voor een consult met de MDL-arts of voor een gastroscopie. Waaruit bestaat het vervolgbeleid: PPI-gebruik, zorggebruik na gastroscopie (consulten bij huisarts/2e lijn/elders)

47	7	Achterban	Indicatie gastroscopie voor en na bariatrische chirurgie	1) is het geeigend ivm risico op gemiste HHO en/of gemiste Barrett voorafgaand aan iedere bariatrische procedure een gastroscopie te verrichten? Of moet dit op indicatie? En welke definitie beschrijft dan het best de indicatie? 2) (Zie ook internationale richtlijn) is een routine follow-up met gastroscopie na sleeve gastrectomie geïndiceerd? En na One-anastomosis gastric bypass?
48	13	Achterban	Anemie, bij 80+ patienten en gebruik DOAC. Meerwaarde endoscopie vs evt conventionele ct scan? of pragmatisch structureel ijzersuppletie?	
49	35	RL sedatie	Wat is de kosten/batenverhouding van het opleiden van PSA-praktijkspecialisten, de inzet van personeel en de aanschafkosten van monitoring?.	De kosten/batenverhouding van het opleiden van PSA-praktijkspecialisten, de inzet van personeel, de aanschafkosten van monitoring en dergelijke.
50	53	RL Bloedingen TD	Hoe dient de nazorg en monitoring er uit te zien voor patienten die een spoedendoscopie hebben ondergaan bij een klinisch relevante acute tractus digestivus bloeding? <i>Suggestie voor herformuleren: Is het veilig om de nabewaking van stabiele pt die een scopie onder sedatie ('conscious sedation') onderging te laten plaatsvinden op een normale opnameafdeling MDL?</i>	De patiënt moet na een spoedendoscopie tijdens ANW-uren op een bewaakte afdeling uitslapen. Overplaatsing naar de normale afdeling is pas toegestaan als de patiënt gedocumenteerd volledig ontwaakt is.
51	60	RL Bloedingen TD	Wat is de plaats van PPI in het voorkomen van bloedingen uit de ligatieulcera, bij electieve rubberbandligatie?	Tijdelijke behandeling met een protonpompremmer vermindert de kans op bloeding uit ligatieulcera bij electieve rubberbandligatie.

NR.	Bron NR	Bron	Kennishiaat	Toelichting
Groep 3: Deelgebied motoriek/functioneel				
52	1	Achterban	Hoe kunnen patiënten met functionele MDL-aandoeningen vooraf aan de behandeling beter gestratificeerd worden om een snelle effectieve behandeling te kunnen bewerkstelligen?	De behandeling van IBS/FD is vaak een kwestie van 'trial and error.' Patiënten ondergaan daarom meerdere cycli aan vaak ineffectieve behandelingen. Stratificatie zou mogelijk zijn b.v. op basis van psychologische comorbiditeit, samenstelling van darmmicrobiota etc.
53	4	Achterban	Wat is de beste multidisciplinaire behandeling van functionele klachten na chirurgische resecties?	
54	82	RL Rectumprolaps		Patiënten klagen vaak over pijn na de operatie. Hier zijn verschillende hypothesen voor, maar nog nooit wetenschappelijk onderzocht. Een prospectief onderzoek waarbij pre- en postoperatief uitgebreide vragenlijst over pijn (aard, intensiteit, locatie, maar ook coping) worden afgenomen zou wellicht duidelijkheid kunnen geven over dit probleem.
55	5	Achterban	Wat is de effectiviteit van (digitale) psychoeducatie bij functionele MDL-aandoeningen voor het reduceren van zorgconsumptie?	Patiënten met IBS/FD hebben vooral behoefte aan goede uitleg. De tijd in de spreekkamer is beperkt, digitale instrumenten kunnen dus efficiënt worden ingezet.
56	9	Achterban	Wat is de effectiviteit van een (digitaal) verwijstool voor zorgverleners om onnodige diagnostiek bij patiënten met functionele MDL-aandoeningen te verminderen?	Patiënten met IBS/FD ondergaan vaak diverse onderzoeken om andere ziekten uit te sluiten of omdat de zorgverlener bang is om iets te missen.
57	20	Overige stakeholder	Wat is de effectiviteit van psychosociale interventies ten aanzien van het gebruik van protonpompremmers bij functionele maagklachten? (Verminderen psychosociale interventies bij functionele maagklachten het gebruik van protonpompremmers?)	Met functionele maagklachten wordt in de NHG-Standaard bedoeld: bij gastroscopie geen afwijkingen en geen typische refluxklachten aanwezig. Dan worden geadviseerd : het stappenplan (zuurremming) en op de tweede plaats: domperidon. Antidepressiva en psychologische interventies worden niet geadviseerd. Het onderzoek naar therapie bij deze groep patiënten is echter beperkt. Patiënten met functionele maagklachten vormen een relatief groot deel van de groep patiënten met chronisch maagklachten ofgebruik van protonpompinhibitors (PPI).

58	24	Overige stakeholder	Wat is de kosteneffectiviteit van een calprotectine-bepaling bij volwassenen met chronische buikpijn?	Er is onvoldoende bewijs voor de waarde van de fecaal calprotectine test voor diagnostiek in de eerste lijn bij kinderen met chronische buikpijn. <i>Suggestie voor herformuleren: Herformuleren: richten op volwassenen</i>
59	8	Achterban	Is screening van alle buikpijnpatienten met iFOBT en faecesalpro en eventueel andere niet-invasieve onderzoeken voldoende om patienten gerust te kunnen stellen?	spreekt voor zich
60	14	Achterban	Zelfhulpwebsites bij functionele dyspepsie en fecale incontinentie (voor PDS heb ik er al een: www.mzh.nl/pds)	Onze ervaring is dat een zelfhulp website die geschreven is vanuit medisch perspectief veel voordelen biedt: minder verwijzingen en de mogelijkheid om patienten voor uitleg naar deze website te verwijzen. Ook voor bv IBD zou een landelijke website die gemaakt is door de NVMDL in mijn ogen een duidelijke meerwaarde kunnen hebben. Ik heb het voornemen om in 2022 een website voor zelfbehandeling van fecale incontinentie te maken
61	12	Achterban	Zal er geen kostenreductie plaatsvinden als we alle mensen met verdenking op de PDS eerst langs een (gespecialiseerde) dietist sturen i.p.v. te verwijzen naar de MDL-arts?	In ons ziekenhuis zie ik zeer regelmatig mensen met PDS, in allerlei 'soorten en maten'. Ik merk dat veel mensen al baat hebben bij goede uitleg over eten, waarvoor ze m.i. echt niet direct verwezen hoeven te worden naar een MDL-arts.
62	13	Achterban	Wat is de meest veilige en kosteneffectieve strategie voor analyse van patiënten verwezen naar de 2e lijn met verdenking prikkelbaredarmsyndroom?	
63	15	Overige stakeholder	Wat is een effectieve behandeling van moeheid bij PDS patienten?	Ruim 40% van de IBD patienten heeft last van vermoeidheidsklachten, ook bij remissie. Dit heeft grote gevolgen voor de QoL van de patienten. Tot nog toe is daar geen goede behandeling voor.
64		Patienten en stakeholders	Voeding bij PDS (samengesteld uit lichtgroene kennishiaten hieronder)	
64a	16	Overige stakeholder	Is het mogelijk met gezonde voeding en/of een specifiek dieet PDS te behandelen dan wel te voorkomen?	Aangetoond is dat een Westerse leefstijl leidt tot meer gevallen van IBD. Niet duidelijk is in hoeverre IBD te voorkomen is met een gezond dieet, dan wel te behandelen is hiermee.

64b	28	Patienten	<p>Eten PDS-patiënten die begeleid worden door een diëtist (niet voor het FODMAP-dieet, maar een diëtist die erop let dat de patiënt zo gevarieerd mogelijk eet) gezonder en voelen zij zich beter dan PDS-patiënten die niet naar een diëtist gaan?</p> <p><i>Suggestie voor herformuleren: Wat is de kosteneffectiviteit van een dieetbehandeling bij PDS via een diëtiste?</i></p>	<p><i>Welke behandeling?</i> Het komt vaak voor dat PDS-patiënten bij een (vermeende) intolerantie gezonde voedingsmiddelen zoals groenten, fruit en granen volledig gaan weglaten. Ze doen dit met steeds meer soorten groenten, fruit, granen (en andere gezonde plantaardige voedingsmiddelen) en eten daardoor niet meer gevarieerd en gezond. Deze voedingsmiddelen bevatten nl. vezels: prebiotica = voeding voor de darmbacteriën. Teveel weglaten kan leiden tot een ongezonder microbioom en daardoor meer darmklachten. Daarnaast komt zelfs ondervoeding soms voor bij PDS, door het weglaten van teveel gezonde voedingsmiddelen waardoor tekorten ontstaan. PDS zorgt niet voor allergieën, maar voor intoleranties. Dat betekent meestal dat een kleine hoeveelheid van het voedingsmiddel wel goed wordt verdragen. Volledig weglaten hoeft dus meestal niet. Meer soorten groenten, fruit eten granen (en andere plantaardige voedingsmiddelen) eten zou kunnen leiden tot gezondere patiënten. <i>Hoe groot is het probleem?</i> Prikkelbare Darm Syndroom komt voor bij 14 tot 24% bij vrouwen en 5 tot 19% bij mannen (Webb e.a., 2007). Voeding is een wezenlijk onderdeel van eenieders dagelijks leven en onmisbaar voor de gezondheid. De impact is dus hoog. <i>Wat levert het onderzoek op?</i> Meer PDS-patiënten die gevarieerder en gezonder eten. Daardoor patiënten met een gezonder microbioom en minder ondervoeding. Hierdoor minder PDS-klachten en op termijn andere gezondheidsklachten</p>
-----	----	-----------	---	---

64c	30	Patienten	<p>Wat is een volwaardig voedingspatroon voor mensen met PDS? <i>Suggestie voor herformuleren: Wat is de meest (kosten)effectieve dieetinterventie bij PDS?</i></p>	<p><i>Welke behandeling?</i> Het komt vaak voor dat PDS-patiënten bij een (vermeende) intolerantie gezonde voedingsmiddelen zoals groenten, fruit en granen volledig gaan weglaten. Ze doen dit met steeds meer soorten groenten, fruit, granen (en andere gezonde plantaardige voedingsmiddelen) en eten daardoor niet meer gevarieerd en gezond. Deze voedingsmiddelen bevatten nl. vezels: prebiotica = voeding voor de darmbacteriën. Teveel weglaten kan leiden tot een ongezonder microbioom en daardoor meer darmklachten. Daarnaast komt zelfs ondervoeding soms voor bij PDS, door het weglaten van teveel gezonde voedingsmiddelen waardoor tekorten ontstaan. PDS zorgt niet voor allergieën, maar voor intoleranties. Dat betekent meestal dat een kleine hoeveelheid van het voedingsmiddel wel goed wordt verdragen. Volledig weglaten hoeft dus meestal niet. Meer soorten groenten, fruit eten granen (en andere plantaardige voedingsmiddelen) eten zou kunnen leiden tot gezondere patiënten. <i>Hoe groot is het probleem?</i> Prikkelbare Darm Syndroom komt voor bij 14 tot 24% bij vrouwen en 5 tot 19% bij mannen (Webb e.a., 2007). Voeding is een wezenlijk onderdeel van eenieders dagelijks leven en onmisbaar voor de gezondheid. De impact is dus hoog. <i>Wat levert het onderzoek op?</i> Meer PDS-patiënten die gevarieerder en gezonder eten. Daardoor patiënten met een gezonder microbioom en minder ondervoeding. Hierdoor minder PDS-klachten en op termijn andere gezondheidsklachten</p>
-----	----	-----------	--	---

65	31	Patienten	<p>Is magnesiumhydroxide effectief tegen verstopping bij PDS? Werkt magnesiumhydroxide net zo goed (of beter dan) dan macrogol? (onderzoek waarbij de behandelingen worden vergeleken)</p>	<p><i>Welke behandeling?</i> De meeste PDS-patiënten met verstopping die naar de huisarts gaan krijgen macrogol of psylliumvezels voorgeschreven. Deze kunnen effectief zijn, maar geven vaak ook bijwerkingen zoals extra gasvorming en een opgezette buik, waardoor de behandeling niet voor iedereen fijn is en waardoor niet iedereen de behandeling volhoudt. Uit ervaringen blijkt dat magnesiumhydroxide vaak net zo goed werkt als macrogol, maar bij de meeste mensen (vrijwel) geen bijwerkingen heeft. Toch wordt het erg weinig geadviseerd door artsen en apothekers. <i>Hoe groot is het probleem?</i> Prikkelbare Darm Syndroom komt voor bij 14 tot 24% bij vrouwen en 5 tot 19% bij mannen (Webb e.a., 2007). <i>Wat levert het onderzoek op?</i> Meer tevreden en goed behandelde PDS-patiënten met minder verstopping.</p>
66	32	Patienten	<p>Hoeveel mensen met EDS hebben door de EDS tevens last van motiliteitsproblemen en hoe kunnen zij adequaat geholpen worden. <i>Suggestie voor herformuleren: Wat is de meest (kosten)effectieve behandeling voor obstipatie bij EDS?</i></p>	<p><i>Welke behandeling?</i> De screening en behandeling van motiliteitsproblemen bij EDS-patiënten. <i>Hoe groot is het probleem?</i> Veel mensen met EDS hebben motiliteitsproblemen die niet altijd ontdekt en/of herkend worden. Het komt voor dat mensen die ondervoed als gevolg van deze motiliteitsklachten psychische krijgen terwijl zij daar geen baat bij hebben. <i>Wat levert het onderzoek op?</i> Beter inzicht in de prevalentie van motiliteitsproblemen bij mensen met EDS en adequaat handelen op de problemen van deze specifieke groep.</p>
67	34	Patienten	<p>Wat is de beste behandeling bij pathogene overgroei in de ontlasting?</p>	<p><i>Welke behandeling?</i> De preferente behandeling bij pathogene overgroei in de ontlasting <i>Hoe groot is het probleem?</i> op termijn kan dit tot chronische ontsteking leiden. <i>Wat levert het onderzoek op?</i> Het voorkomen van chronische ontsteking van de darmen</p>

68	79	Patienten	Bij hoeveel patiënten met een chronische MDL-aandoening blijken de MDL-klachten een relatie te hebben met een zeldzame aandoening? Levert actief beleid op (vroeg)signalering tot een effectievere/adequaterere behandeling/betere kwaliteit van zorg? Is actief beleid kosteneffectief (kosten-baten)?	<i>Welke behandeling?</i> Behandeling van chronische MDL-aandoeningen als onderdeel van een zeldzame aandoening. In het kader van deze MDL-aandoening kan het nodig zijn in het reguliere beleid rekening te houden met de aspecten van de zeldzame aandoening. <i>Hoe groot is het probleem?</i> Er zijn relatief veel patiënten met een zeldzame aandoening waar vaak voorkomende MDL-klachten een onderdeel van zijn. Bijvoorbeeld bij genetische syndromen komen voedingsproblemen, slikproblemen, GORZ, obstipatie, diarree, gluten intolerantie relatief vaak voor. Omgekeerd heeft dus een deel van de mensen met chronische darmproblemen een zeldzame aandoening. Uit ervaringen van patiënten en ouders blijkt dat vaak de focus ligt op het deelprobleem bijvoorbeeld voedingsproblemen, zonder dat naar het grotere geheel wordt gekeken en daarom een zeldzame diagnose niet wordt overwogen. Dit kan diagnostische vertraging en onjuiste behandeling tot gevolg hebben. <i>Wat levert het onderzoek op?</i> Onderzoek moet opleveren dat het duidelijk wordt of patiënten er bij gebaat zijn om wat vaker omgekeerd te redeneren? D.w.z. wordt voldoende de aanwezigheid van een zeldzame aandoening overwogen? En weegt dat op tegen het aantal patiënten dat een 'geïsoleerde' darmaandoening heeft, oftewel kosten-baten.
69		RL Buikpijn	Verwijzing patiënten met chronische buikpijn (samengesteld uit lichtgroene kennishiaten hieronder)	
69a	62	RL Buikpijn	Welke patiënten met chronische buikpijn dienen te worden verwezen naar de 2e lijn?	
69b	63	RL Buikpijn	Welke patiënten met chronische buikpijn bezoeken de 2e lijn of spoedeisende hulp of huisartsenpost?	
69c	64	RL Buikpijn	Welk aanvullend onderzoek dient te worden verricht in de 2e lijn?	
70		RL obstipatie	Wat is de beste behandeling bij obstipatie in de palliatieve fase? (samengesteld uit lichtgroene kennishiaten hieronder)	
70a	67	RL obstipatie	Wat is de bijdrage van laboratoriumonderzoek bij patiënten in de palliatieve fase met obstipatie?	

70b	68	RL obstipatie	Draagt beeldvorming (buikoverzichtsfoto of CT abdomen) bij aan de diagnose obstipatie bij patiënten in de palliatieve fase?	
70c	69	RL obstipatie	Welke maatregelen zijn geschikt om obstipatie te voorkomen bij patiënten in de palliatieve fase die niet behandeld worden met opioïden?	
70d	70	RL obstipatie	Welke maatregelen zijn geschikt om obstipatie te voorkomen bij patiënten in de palliatieve fase die behandeld worden met opioïden?	
70e	71	RL obstipatie	Welke niet-medicamenteuze behandeling is geschikt voor symptomatische obstipatie bij patiënten in de palliatieve fase?	
70f	72	RL obstipatie	Welke laxantia zijn geschikt voor de behandeling van symptomatische obstipatie bij patiënten in de palliatieve fase?	
70g	73	RL obstipatie	Welke opioïdantagonisten zijn geschikt voor patiënten in de palliatieve fase met symptomatische obstipatie die gerelateerd is aan opioïden?	
71	74	RL Orof. Dysfagie	Welke screeningsmethode is effectief om dysfagie te detecteren in vergelijking met slikvideo of video-endoscopie?	
72	75	RL Orof. Dysfagie	Wat is de diagnostische waarde van video-endoscopie in vergelijking met slikvideo bij patiënten met dysfagie?	
73	77	Kennisagenda NVVH	Wat is de plaats en (lange termijn) uitkomst van antirefluxchirurgie bij de behandeling van Gastro-Oesofageale Reflux Ziekte?	

NR.	Bron NR	Bron	Kennishiaat	Toelichting
Groep 4: Deelgebied Hepatologie				
74	1	Achterban	Is het mogelijk om het MRI interval te verlengen bij premenopauzale vrouwen met Hepatocellulair adenoom?	Nu adviseert de richtlijn jaarlijks een MRI, echter indien er geen groei wordt gezien zou verlenging van interval de druk op de MRI planning kunnen verlichten
75		Achterban en richtlijnen	Screening/surveillance op HCC (samengesteld uit lichtgroene kennishiaten hieronder)	
75a	5	Achterban	Is echografische screening op HCC in NASH patiënten even effectief als in patiënten met HBV/HCV cirrose?	Wat is de optimale screenings methode, is echografie voor deze populatie überhaupt zinnig? Dienen we te kiezen voor andere methoden (MRI/CT) en is dit dan nog wel kosten effectief. Hoe om te gaan met de stijgende prevalentie?
75b	6	Achterban	Wat is het nut van HCC surveillance bij andere aandoeningen dan chronische hepatitis B en C, en dan specifiek NAFLD/NASH?	De evidence voor HCC surveillance is zeer beperkt, maar wordt aangeraden door bijna alle richtlijnen bij patiënten met een levercirrose, specifieke patientengroepen met chronische hepatitis B, en patiënten met chronische hepatitis C en een F3. Voor patiënten met NASH wordt aanbevolen om ook bij een levercirrose HCC surveillance te verrichten. De EASL richtlijn suggereert zelfs dat je dit ook bij een F3 zou moeten doen. Er zijn echter meerdere redenen waarom HCC surveillance bij NASH minder succesvol zou kunnen zijn, onder andere door de beperktere sensitiviteit van een echo bij patiënten met overgewicht. P: Patiënten met een NASH levercirrose (op basis van de fibroscan) I: Screening middels echo lever elke 6 maanden C: Geen screening O: HCC gerelateerde mortaliteit; number needed to screen; incidentie van een duratief te behandelen HCC; overall mortaliteit

75c	13	Achterban	Bij welke patiënten met cirrose kan veilig worden afgezien van HCC surveillance?	
75d	15	Achterban	Is het zinnig en kosteneffectief om HBV patiënten die goede viral respons hebben op antivirale therapie te blijven screenen voor HCC?	Is het zinnig en kosteneffectief om HBV patiënten met een risico factor (ethniciteit?) ondanks goede respons op antivirale therapie te blijven screenen voor HCC?
75e	35	RL chr. Hep B	Wat is de effectiviteit van screening voor hepatocellulair carcinoom door middel van zes- tot twaalfmaandelijks af beeldend leveronderzoek bij patiënten met cirrose?	Screening voor hepatocellulair carcinoom door middel van zes- tot twaalfmaandelijks af beeldend leveronderzoek wordt aanbevolen voor patiënten met cirrose.
75f	37	RL hepato ca	Wat is de effectiviteit van surveillance middels echografie op HCC-gerelateerde mortaliteit?	De werkgroep is van mening dat er geen direct bewijs is dat surveillance middels echografie (ongeacht het interval) tot een daling van de HCC-gerelateerde mortaliteit leidt.
76		Achterban	Invulling HCC surveillance/screening (samengesteld uit lichtgroene kennishiaten hieronder)	
76a	10	Achterban	Wat is de waarde van MR lever vs echo lever bij HCC surveillance?	is er voordeel qua pt zorg (tijd, geld, kwaliteit, HCC opsporing) als we de 6 maandelijks FU echo bij cirrosept vervangen door een jaarlijkse MR lever .
76b	17	Achterban	Is het juist om de 2-jaarlijkse echo voor HCC screening om te zetten in jaarlijkse MRI screening?	
76c	22	Achterban	Draagt het periodiek meten van tumormerkstoffen (AFP en PIFCA) in de screening voor hepatocellulair carcinomen (HCC) in patiënten met levercirrose bij aan vroegere detectie van een klinisch relevant HCC?	In diverse centra zie ik diverse strategieën ten aanzien van surveillance voor HCC? Welke strategie is het meest (kosten)effectief?

77	7	Achterban	Wat is het nut van (het advies) gewichtsreductie bij steatohepatitis met wel/geen cirrose, is er een verschil tussen BMI > 40/35 /30/25? Wat zou een streef BMI moeten zijn?	steatohepatitis kan aanleiding geven tot het ontwikkelen van cirrose. Er is een relatie tussen steatohepatitis en BMI Welke adviezen moet je aan welke patienten geven ? Hoe hard moet je streven naar gewichtsreductie op basis van welke criteria zou je bij welke patienten een Gastric bypass moeten adviseren?
78		Achterban	NASH/NAFLD screening (samengesteld uit lichtgroene kennishiaten hieronder)	
78a	27	Achterban	Hoe kunnen we NASH het beste voorkomen danwel behandelen? Hoe krijgen we patienten aanhoudende in beweging en zorgen ze voor gewichtsreductie?	spreekt voor zich
78b	31	Achterban	Wat is de bijdrage van specifiek voedingsadvies en leefstijlaanpassingen op het verloop van NAFLD en NASH, en op welke veranderingen moet de nadruk komen te liggen om de gezondheid van de lever te bevorderen en patiënten vroegtijdig te helpen?	Er is te weinig kennis over de mate van detail in bepaalde voedingspatronen, specifieke voedingsmiddelen, nutriënten, beweegpatronen en nog meer leefstijl aanpassingen.
79	8	Achterban	Kan er meer gebruik worden gemaakt van non-invasieve fatty liver index (FLI) en de hepatic steatosis index (HSI) om patienten met een vorm van NAFLD te diagnosticeren bij de huisarts?	Hiermee kom je patiënten sneller op het spoor bij de huisarts, en kunnen ze al eerder de benodigde zorg krijgen voordat ze in het ziekenhuis komen.
80	32	Overige stakeholder	Wat zijn de precieze overgangsvormen van de stadia van leververvetting en welke biomarkers kunnen hiervoor gebruikt worden om te diagnosticeren?	De stadia van leververvetting zijn niet helemaal helder gedefinieerd en lastig te diagnosticeren. Hierdoor wordt leververvetting vaak te laat, wanneer omkering niet meer mogelijk is, ontdekt en mist de urgentie in de eerste lijn.

81	20	Achterban	Vaststellen van betere biomarkers mbt ontwikkelen van leverfibrose en cirrose.	Er zijn een aantal biomarkers die niet in de routine patientenzorg gebruikt worden maar wel in research-verband (zoals de ELF score) die iets zeggen over ontwikkelen van fibrose en cirrose bij diverse leverziekten. Deze zijn hiervoor waarschijnlijk beter geschikt dan routine leverenzymen. We moeten de prognostische waarde van deze markers in cohorten leverpatienten onderzoeken met als doel deze markers naar de kliniek te brengen.
82	9	Achterban	Wat is het effect van wel versus geen hepatitis A en B vaccinatie na vaststellen levercirrose?	
83	11	Achterban	Valideren van prognostische score voor auto-immuun hepatitis.	Recent is er een prognostische score voor AIH ontwikkeld. Deze moet op een groot cohort worden gevalideerd.

84	12	Achterban	Welke directe orale anticoagulantia (DOACs) kunnen gebruikt worden bij patiënten met gevorderde levercirrose en in welke dosering?	Directe orale anticoagulantia (DOACs) worden allen in meer of mindere mate door de lever gemetaboliseerd en via de feces uitgescheiden. Levercirrose kan deze functies aantasten en de blootstelling aan DOACs doen verhogen, waardoor het risico op bloedingen toeneemt. De farmacokinetiek en farmacodynamiek van DOACs zijn met name bij beginnende levercirrose (Child-Pugh A) onderzocht, bij gevorderde levercirrose ging het vaak om kleine patiëntaantallen met veelal Child-Pugh B cirrose. Dit gebrek aan kennis belemmert het veilig voorschrijven van DOACs aan patiënten met cirrose. Door onderzoek te doen naar de farmacokinetiek en farmacodynamiek van deze middelen bij cirrose kan antwoord gegeven op de vraag of dosisaanpassingen nodig zijn, of dat DOACs die minder door de lever worden geklaard (bijv. dabigatran) de voorkeur zouden moeten hebben, en of de voorschrijver ondersteund kan worden door monitoring van geneesmiddelspiegels of stollingsparameters
----	----	-----------	--	---

85	28	Achterban	Wat is de optimale dosering van antibiotica in levercirrose patiënten die lijden aan een bacteriële infecties?	<p>In Nederland zijn er jaarlijks >5000 ziekenhuisopnames van patiënten met levercirrose waarvan infecties de belangrijkste oorzaak zijn van deze opnames. Meer dan 25% van deze infecties betreft een infectie van ascites (>200/jaar). De behandeling bestaat uit antibiotica. Desondanks zien we dat na één jaar nog maar 50% van de patiënten leeft. Deze dramatische uitkomst wordt veroorzaakt doordat succesvolle behandeling van infecties bemoeilijkt wordt door levercirrose. Door cirrose is de farmacokinetiek in het lichaam veranderd. Farmacokinetiek beschrijft de opname, het transport en afbraak van medicijnen in het lichaam. Dit betekent dat het in levercirrose patiënten onduidelijk is of antibiotica in de juiste hoeveelheid op de plek van infectie terecht komen. Er is een noodzaak tot gericht onderzoek naar de farmacokinetiek van antibiotica in levercirrose patiënten. Als gevolg hiervan kan de dosering en de keuze voor het type antibiotica beter onderbouwd worden dan nu het geval is. Het doel is om met deze nieuwe kennis de behandeling van infecties in levercirrose patiënten te optimaliseren. Patiënten en hun naasten zullen baat hebben bij dit onderzoek doordat bij optimaal gebruik van antibiotica we verwachten dat patiënten korter en minder vaak opgenomen hoeven te zijn. Dit zal de ziektelast van deze patiënten aanzienlijk verminderen.</p>
----	----	-----------	--	---

86	16	Achterban	Is het verrichten van een therapeutische ascitesdrainage door een afdeling MDL arts-assistent/physician assistant of verpleegkundig specialist kosteneffectiever, patiëntvriendelijker, maar net zo veilig als drainage via de afdeling Radiologie?	Gekend probleem is diverse (perifere) centra dat therapeutische ascitesdrainage voorbehouden is aan de radiologie afdeling. Onduidelijk of dit daadwerkelijk leidt tot betere zorg, in de zin van minder complicaties. Ik verwacht daarbij dat drainage op de afdeling de patiëntenzorg op gebied van logistiek en patiënttevredenheid ten goede komt.
87	21	Achterban	Wat is het effect van een transjugulaire intrahepatische portosystemische shunt (TIPS) op de farmacokinetiek van geneesmiddelen en hoe kan men hier rekening mee houden bij plaatsing?	Bij een TIPS-plaatsing wordt er een directe verbinding gelegd tussen het bloed uit het maag-darmkanaal en de systemische circulatie, met een (gedeeltelijk) omzeiling van de lever als gevolg. Omdat de lever verantwoordelijk is voor het first-pass effect van geneesmiddelen, kan na TIPS-plaatsing de biologische beschikbaarheid sterk stijgen van geneesmiddelen met een groot first-pass effect waardoor het risico op bijwerkingen toeneemt [Weersink RW, et al. 2020 2;16(1):45-57]. Dit wordt ook beschreven in een case-report [De Winter S, et al. Eur J Clin Pharmacol. 2014;70(3):377] en in een studie met midazolam onder negen patiënten die een TIPS kregen [Chalasan N, et al Hepatology. 2001;34(6):1103–1108]. Dit is te weinig bewijs om een concreet advies te formuleren over dosisaanpassingen na TIPS-plaatsing en vereist daarom verder onderzoek.
88	25	Achterban	Wat is het optimale follow-up schema van RBL van varices na bloeding?	

89	34	RL chr. Hep B	Wat is de effectiviteit van en kwantitatieve bepaling van het HBV DNA elke drie maanden tijdens het eerste jaar behandeling met entecavir en tenofovir?	Het is aanbevolen om elke drie maanden een kwantitatieve bepaling van het HBV DNA te verrichten tijdens het eerste jaar behandeling met entecavir en tenofovir. Daarna volstaat eenmaal per 6-12 maanden.
90	36	RL hep C mono	Wat is de effectiviteit van hepatitis A en B vaccinatie bij patiënten met chronische hepatitis C?	Patients with chronic hepatitis C might benefit from hepatitis A and B vaccination
91	38	RL hepato ca	Geven resectie en ablatie bij patiënten met HCC binnen de Milaan criteria een gelijke kans op overleving (in vergelijking met patiënten die niet aan Milaan criteria voldoen)?	Het is aannemelijk dat resectie en ablatie bij patiënten met HCC binnen de Milaan criteria tot een vergelijkbare overleving leidt. Bij patiënten die niet aan de Milaan criteria voldoen zijn er onvoldoende data die een conclusie rechtvaardigen.
92	39	RL hepato ca	Wat is de effectiviteit van radiofrequentie ablatie bij patiënten met een HCC binnen de Milaan criteria met een matig gecompromitteerde leverfunctie?	Bij patiënten met een HCC binnen de Milaan criteria met een matig gecompromitteerde leverfunctie (verhoogd bilirubine, tekenen van portale hypertensie, maar Child Pugh classificatie < 8) is radiofrequentie ablatie de behandeling van voorkeur.
93	51	RL benigne levertumoren	In hoeverre zijn zwangerschap en het gebruik van hormoonpreparaten gecontraïndiceerd bij patiënten met een hemangioom?	Zwangerschap en het gebruik van hormoonpreparaten zijn niet gecontra-indiceerd
94	52	RL benigne levertumoren	Hoe dient de follow-up van FNH er uit te zien?	Voor typische FNH's is follow-up niet geïndiceerd, tenzij er sprake is van een onderliggende vasculaire leverziekte
95	55	RL benigne levertumoren	Hoe dient de follow-up van HCA <5 cm bij vrouwen er uit te zien?	HCA kleiner dan 5 centimeter bij vrouwen worden jaarlijks in follow-up gehouden.

96	56	RL benigne levertumoren	Wanneer dienen patiënten met HCA embolisatie te ondergaan? Wat zijn indicaties voor een resectie bij HCA?	Patiënten met een bloedend HCA en hemodynamische instabiliteit moeten een embolisatie ondergaan en worden derhalve aangeraden overgeplaatst te worden naar een centrum waar dit tot de mogelijkheden behoort. Vitale rest-HCA bij follow-up is een indicatie voor een resectie
97	62	RL CF	Wat zijn de (on)gunstige effecten van ursodeoxycholic acid (UDCA) bij patiënten met CF-gerelateerde leverziekte of hepatische abnormaliteiten?	Het is onvoldoende onderzocht of UDCA leidt tot betere uitkomsten voor patiënten met CF gerelateerde leverziekte of hepatische abnormaliteiten. De werkgroep is van mening dat dit in de huidige praktijk, waar UDCA wel al wordt gebruikt niet meer onderzoekbaar is, en dit heeft prioriteit.

NR.	Bron NR	Bron	Kennishiaat	Toelichting
Groep 5: Deelgebied IBD				
98		Achterban, stakeholders	Rol van leefstijl in (behandeling van) vermoeidheid bij IBD (samengesteld uit lichtgroene kennishiaten hieronder)	
98a	1	Achterban	Welke rol kan leefstijl (waaronder dieet) spelen bij het bestrijden van vermoeidheid bij IBD?	Vermoeidheid wordt door IBD-patienten beschouwd als de grootste belemmering in het dagelijks leven. Er zijn weinig effectieve interventies beschikbaar gericht op het bestrijden van vermoeidheid. Factoren als dieet, beweging en slaap lijken veelbelovend in het bestrijden van vermoeidheid bij IBD patienten. Tot nu is de evidence hiervoor met name afkomstig uit cohort studies.
98b	30	Overige stakeholder	Wat is een effectieve behandeling van moeheid bij IBD patienten?	Ruim 40% van de IBD patienten heeft last van vermoeidheidsklachten, ook bij remissie. Dit heeft grote gevolgen voor de QoL van de patienten. Tot nog toe is daar geen goede <u>behandeling voor</u> .
98c	72	RL IBD	Wat zijn de (on)gunstige effecten van fysieke activiteit en voeding op vermoeidheidsklachten bij patiënten met IBD in remissie?	Er zijn geen RCTs beschikbaar die deze vraag beantwoorden.
99		Achterban, stakeholders en richtlijnen	Rol van leefstijl in (behandeling van) IBD (samengesteld uit lichtgroene kennishiaten hieronder)	
99a	29	Achterban	Wat is de effectiviteit van een plantaardig dieet bij patienten met IBD?	Onvoldoende gebruik van dieet interventies in huidige behandeling van patienten met IBD, meer aandacht voor leefstijl/voeding
99b	31	Overige stakeholder	Is het mogelijk met gezonde voeding en/of een specifiek dieet IBD te behandelen dan wel te voorkomen?	Aangetoond is dat een Westerse leefstijl leidt tot meer gevallen van IBD. Niet duidelijk is in hoeverre IBD te voorkomen is met een gezond dieet, dan wel te behandelen is hiermee.
99c	25	Achterban	Zorgt processed food voor een minder goede uitkomst van IBD?	Inzicht in onderliggende pathofysiologische mechanismes en moleculaire markers voor de stap naar interventie studies wordt <u>gemaakt</u> .
99d	61	RL IBD	Wat zijn de (on)gunstige effecten van prebiotica, probiotica en kurkuma in de behandeling van patienten met IBD?	

99e	3	Achterban	Voorkomt het beïnvloeden van modificeerbare lifestylefactoren zoals roken, voeding, stress en bewegen opvlammingen en is deze inzet (kosten) effectiever dan inzet van dure geneesmiddelen?	Modificeerbare lifestyle factoren spelen een zeer grote rol (40-50 %) bij het ontwikkelen van IBD. Er is relatief weinig onderzoek gedaan naar het effect van een strategie waarbij deze factoren per patiënt in kaart worden gebracht en aangepakt. Is een actieve inzet van deze secundaire preventie kosteneffectiever dan medicamenten die nog tot de dure geneesmiddelen categorie behoren?
99f	4	Achterban	Voorspellen psychosociale en leefstijl risicofactoren opvlammingen bij inflammatoire darmziektes ?	Leefstijl factoren (ongezonde voeding, roken, alcoholgebruik, lage fysieke fitheid) en psychosociale factoren (sociale steun, angst, lage gezondheidsvaardigheden) zijn geassocieerd met ongunstig beloop van chronische aandoeningen zoals chronische inflammatoire darmziektes. Ze worden niet genoeg gemonitord in de dagelijkse praktijk. Algoritmes die opvlammingen voorspellen zijn niet beschikbaar. Psychosociale en leefstijl factoren kunnen positief worden beïnvloed en daardoor wordt preventie van opvlammingen en ziekte progressie mogelijk.
100		Achterban	IBD medicatie en frequentie controle (samengesteld uit lichtgroene kennishiaten hieronder) <i>Suggestie voor herformuleren: Wat is de consequentie van labafwijkingen van patienten met IBD die als onderhoudsbehandeling een biological/thiopurines gebruiken en hoe vaak komen deze voor?</i>	
100a	5	Achterban	Is het veilig om de 3-maandelijke laboratoriumcontroles bij stabiele patiënten op thiopurines na 1 jaar alleen nog maar bij klachten plaats te laten vinden?	
100b	9	Achterban	Hoe noodzakelijk is een halfjaarlijkse controle van bloedbeeld en leverfuncties bij thiopurines die langer dan bv 1 jr worden gebruikt?	Deze bloedbepalingen zijn kostbaar, logistiek niet altijd makkelijk en leveren in mijn ogen nooit iets zinvols op
100c	10	Achterban	Is routine laboratoriumonderzoek tijdens behandeling van IBD patienten met biologicals zinvol? Wat is de minimale set?	

100d	17	Achterban	Hoe zinvol is het om 2x/jaar bloedonderzoek te doen bij chronisch gebruik van thiopurines bij IBD?	In het kader van zinvolle zorg en het vrijmaken van capaciteit in het ZH is het wenselijk niet-zinvolle controles/verrichtingen te stoppen. Protocolair worden 2x/jaar het BB en de leverwaarden gecontroleerd bij chronisch thiopurine gebruik bij IBD. In mijn ogen is de opbrengst hiervan verwaarloosbaar
100e	20	Achterban	Welk minimaal interval is veilig voor laboratoriumcontroles bij patiënten die azathioprine gebruiken?	
101		Achterban en richtlijnen	Prehabilitatie bij IBD (samengesteld uit lichtgroene kennishiaten hieronder)	
101a	2	Achterban	Wat is het effect van multimodale optimalisatie op verloop van ziekte en interventie bij IBD?	Prehabilitatie heeft een gunstig beloop op uitkomst van chirurgie bij patiënten met een colorectaal carcinoom. Er zijn aanwijzingen dat dit ook geldt voor de patient die geopereerd wordt voor IBD. Daarnaast is bekend dat mono- of oligomodale optimalisatie (voeding, leefstijl, psychosociaal) van de conditie van de patient een gunstig beloop heeft op de ziekte(perceptie) van de niet-operatief behandelde IBD patient. Toch is kennis op al deze terreinen beperkt. Beter inzicht kan de effectiviteit van dure therapie verhogen, onnodige dure therapie voorkomen en onderbouwde keuze opleveren tussen eenmalige operatie of langdurige medicamenteuze therapie. Dit kennishiaat dien ik in mede namens Annemarie de Vries ErasmusMC en Marieke Pierik MUMC
101b	14	Achterban	Effect van multimodale optimalisatie op uitkomst van chirurgie bij IBD. <i>Suggestie voor herformuleren: Levert prehabilitatie bij patienten met IBD die een operatie ondergaan minder complicaties en een kortere ligduur op?</i>	Prehabilitatie heeft een gunstig beloop op uitkomst van chirurgie bij patiënten met een colorectaalcarcinoom. Er zijn aanwijzingen dat dit ook geldt voor de patient die geopereerd wordt voor IBD. Toch is kennis op dit terrein beperkt. Beter inzicht kan beter onderbouwde keuze opleveren tussen eenmalige operatie of langdurige medicamenteuze therapie.

101c	22	Achterban	Zorgt betere fysieke fitheid voor betere uitkomst (klinisch en subjectieve gezondheid) van IBD (algemeen en postoperatief)?	Sarcopenie bij chronische MDL-aandoeningen ook onderbelicht
101d	38	RL Biologicals	Hoe veilig is het doorgebruik van TNFJ-blokkers bij electieve operaties?	Het is waarschijnlijk dat bij electieve operaties TNFJ-blokkers veilig kunnen worden doorgebruikt.
101e	39	RL Biologicals	Wat is het effect van andere biologicals bij perioperatief gebruik op de veiligheid? <i>Suggestie voor herformuleren: Heeft het continueren van biologicals perioperatief invloed op complicatie en ligduur bij patienten met een IBD?</i>	Ervaringen met andere biologicals dan TNFa-blokkers zijn te beperkt om een gefundeerde stellingname aangaande veiligheid bij perioperatief gebruik te kunnen innemen.
101f	75	RL IBD	Wat zijn de effecten van vedolizumab op het ontstaan van postoperatieve complicaties, met naadlekkage in het bijzonder?	
101g	76	RL IBD	Wat zijn de effecten van ustekinumab op het ontstaan van postoperatieve complicaties, met naadlekkage in het bijzonder?	
101h	78	RL IBD	Wat zijn de effecten van golimumab op het ontstaan van postoperatieve complicaties, met naadlekkage in het bijzonder?	
101i	80	RL IBD	Welke specifieke factoren helpen in de preoperatieve prehabilitatie van de patiënt met IBD ten aanzien van postoperatieve complicaties, vlot herstel en kwaliteit van leven? <i>Suggestie voor herformuleren: Geeft de invoering van een preoperative prehabilitatie (incl exclusieve enterale nutritie) strategie bij patienten met IBD een afname van ligduur en complicaties?</i>	
101j	81	RL IBD	Wat is de haalbaarheid van de implementatie van een set prehabilitatie factoren?	

101k	82	RL IBD	Wat is het effect van Exclusieve Enterale Nutritie in de work-up tot operatie en mogelijkheden tot afbouwen van corticosteroïden?	
102	7	Achterban	Is objectivering van respons/non-respons op therapie in het kader van de Ziekte van Crohn middels intestinale echografie superior ten opzichte van klachten/lab/calprotectine?	Intestinale echografie is een toenemende modaliteit met vrijwel vergelijkbare accuratesse in de Ziekte van Crohn, zeker voor het terminale ileum. Idealiter ondergaat iedere patiënt een scopie na start therapie om respons/remissie te objectiveren echter leidt dit in de praktijk tot hoge kosten en logistieke uitdagingen. Derhalve wordt een follow-up scopie niet altijd uitgevoerd. Wij zouden graag een studie zien die onderzoekt of intestinale echografie (transmurale heling) naast andere non-invasieve methoden zoals klinische scores/lab en fecaal calprotectine superieur is om respons te objectiveren ten opzichte van klinische scores/lab en fecaal calprotectine alleen.
103		Achterban	Stoppen medicatie bij IBD (samengevoegd uit lichtgroene kennishiaten hieronder). <i>Suggestie voor herformuleren: Wanneer kan medicatie bij patienten met IBD gestopt worden? (Er loopt onderzoek bij adalimumab en bij infliximab, in vorige kennisagenda.)</i>	
103a	8	Achterban	Wanner stoppen met biologicals bij patienten IBD?	Wij weten heel goed ons step up echter wanneer stoppen is minder duidelijk. Zou een grote financiële impact hebben
103b	12	Achterban	Wat is de optimale duur van behandeling met een thiopurine bij IBD; oftewel zijn er STOP-criteria te formuleren?	dit is voor biologicals matig uitgezocht, bij thiopurines bij mijn weten niet systematisch onderzocht
103c	23	Achterban	Indicaties voor afbouwen of stoppen van onderhoudsmedicatie bij IBD formuleren.	Op dit moment bestaat er een redelijk idee wanneer er een step-up nodig is. Voor de meeste onderhoudsmedicatie (inclusief anti TNF, ondanks gerichte studies) is het nog volstrekt onduidelijk bij wie, wanneer de medicatie kan worden gedeïntensiveerd/afgebouwd, en wat voor gevolgen dit heeft (lees: kans op flares). Dit is een uiterst relevante vraag gezien de potentiële bijwerkingen van deze middelen en -niet op de laatste plaats- de uit de bocht vliegende kosten

103d	28	Achterban	Is het standaard staken van een anti-TNFalfa-remmer 3 of 5 jaar na de remissie-inducties veilig en kosten-effectief (?)	In geselecteerde groepen IBD-ptn (bijv. geen complexe VG van refractaire of penetrerende ziekte) lijken biologicals onnodig lang te worden voorgeschreven.
104	13	Achterban	Welke methode is het meest geschikt om behandeluitkomsten van kwetsbare IBD patienten te verbeteren? <i>Suggestie voor herformuleren: Welke patient met IBD dient extra opgevolgd te worden ter vroegtijdige herkenning van complicaties van de IBD dan wel de behandeling ervan?</i>	Kwetsbare IBD-patienten hebben een grotere kans op ongewenste behandeluitkomsten als infecties en ziekenhuisopnames. wat is de meest effectieve methode om hiermee om te gaan?
105	16	Achterban	Wat is beste = veiligste behandeling in early IB; thiopurine, ustekinumab, vedolizumab, anti-TNF, Jak-inhibitor? Met name specifieke patienten groepen. <i>Suggestie voor herformuleren: Welk medicijn geeft de beste effectiviteit/veiligheid ratio bij behandeling van een patient met een recent gediagnosticeerde IBD?</i>	Plaatsbepaling nieuwe geneesmiddelen in Real World. Ontwikkeling decision support tools gebaseerd op data die case-mix variabelen, ziektefenotype en co-morbiditeiten meenemen. Registratie aan de bron en hergebruik van klinische data voor onderzoek zijn hierin cruciaal. Samenwerking met Health RI en personal health train initiatieven.
106	21	Achterban	Hoe kun je vooraf beter het effect van een medicament of bijwerking bij IBD-medicatie voorspellen?	Met de huidige technologie is het op weefsel nivo via pathway analyses steeds beter mogelijk effecten van medicijnen vooraf te voorspellen. Dit kan met een genetisch paspoort voor bijwerkingen en een infiltraat analyse van biopten. Met het ophalen van real world data kun je het effect beoordelen. Nederland heeft met Health RI en het parelsnoer hiervoor de infrastructuur. Bij iedere IBD patient moeten deze gegevens in kaart worden gebracht om deze ziekte verder te helpen en de juiste behandelstrategie te kiezen.

107	15	Achterban	<p>Wat is de meest kosten-effectieve inductie en onderhoudsstrategie bij IBD?</p> <p><i>Suggestie voor herformulieren: Welke inductie- en onderhoudsbehandeling bij patiënten met IBD is het meest kosten effectief?</i></p>	<p>anti-tnf al dan niet in combinatie met een thiopurine lijkt de beste inductie en onderhoudstherapie bij de ziekte van Crohn maar echt goede nieuwe strategiestudies met goede monitoring en follow up ontbreken. Welke patiënten vertonen progressie en welke medicijnen doen het bij de verschillende fenotypen (Crohn ileum, Crohn colon en ileum, met en zonder perianale fistels, met of zonder een extra-intestinale ziekte zoals SpA of huidziekte, colitis van alleen rectum, linkszijdig of pancolitis. Welke strategie is hierbij het meest kosteneffectief en veiligst?</p>
108		Achterban	<p>Behandelstrategie bij IBD (samengesteld uit lichtgroene kennishiaten hieronder).</p> <p><i>Suggestie voor herformulieren: Wat is kosteneffectiever: chirurgie of langdurige medicamenteuze behandeling van IBD?</i></p>	
108a	24	Achterban	<p>Wat is kosteneffectiever chirurgie of langdurige medicamenteuze behandeling van IBD?</p>	<p>Als er naar dure geneesmiddelen voor IBD moet worden gegaan is chirurgie (ileocoecaal resectie bij m Crohn of subtotale colectomie bij colitis) dan niet kosteneffectiever?</p>
108b	27	Achterban	<p>Behandelstrategie bij IBD</p>	<p>Met de toename van mogelijkheden van medicamenteus en chirurgisch therapeutische interventies is onduidelijk wat bij wie nu in welke volgorde zou moeten plaatsvinden. Deze keuze wordt nu vrijwel alleen op basis van geld gemaakt (bijv waarom niet antiTNF ipv prednison als eerste keuze therapie)</p>
109	26	Achterban	<p>Wat is de effectiviteit van eenvoudige psychologische interventies en antidepressiva bij IBD-patiënten in remissie met functionele klachten?</p> <p><i>Suggestie voor herformulieren: Wat is het effect van psychologische interventie bij patiënten met een IBD en IBS op de zorgvraag van de patient?</i></p>	<p>30-40% van IBD-patiënten in remissie hebben IBS-klachten. Er ontbreekt aan wetenschappelijke onderbouwing hoe je deze klachten het beste moet behandelen.</p>

110	35	Patienten	Op welke wijze kan inzichtelijk worden gemaakt of behandeldoel van zorgverlener en patient parallel lopen?	<i>Welke behandeling?</i> De behandeling van fistels bij mensen met de ziekte van Crohn. <i>Hoe groot is het probleem?</i> Patient en zorgverleners hebben niet altijd hetzelfde behandeldoel; waarbij het bij zorgverleners vaak het doel is om tot definitieve sluiting te komen van de fistel, kunnen bij patienten andere aspecten een rol spelen (QoL, kans op incontinentie etc). <i>Wat levert het onderzoek op?</i> Een beter beeld over het behandeldoel van de zorgverlener enerzijds en het behandeldoel van de patient anderszijds, om samen te beslissen over de juiste behandeling.
111	40	RL Biologicals	Wat is de effectiviteit en veiligheid van vaccinaties bij gebruik van tocelizumab, abatacept, ustekinumab of IL-1RA? <i>Suggestie voor herformuleren: richten op voorkomen van onnodige vaccinaties.</i>	Er zijn onvoldoende studies naar het effect van tocelizumab, abatacept, ustekinumab of IL-1RA op de vaccinatierespons; er kan derhalve geen gefundeerde stellingname over effectiviteit en veiligheid van vaccinaties bij gebruik van deze middelen worden geformuleerd.
112	11	Achterban	De intervallen voor surveillance voor patienten met colitis ulcerosa dienen geoptimaliseerd en wetenschappelijk onderbouwd te worden. <i>Suggestie voor herformuleren: Wat is de optimale frequentie van surveillance onderzoek bij patienten met een colitis om dysplasie tijdig op te sporen?</i>	op dit moment zijn de intervallen gebaseerd op gut feeling van de schrijvers van richtlijnen. Aanpassing zal leiden tot een aanzienlijke reductie van het aantal procedures, en daarmee minder kosten en belasting van de patient
113	18	Achterban	(In welke situaties) kan echografie een ileocoloscopie vervangen bij patienten met IBD?	
114		RL IBD	Behandeling van perianale fistels (samengesteld uit lichtgroene kennishiaten hieronder) <i>Suggestie voor herformuleren: Welke medicatie of chirurgische behandeling geeft de beste heling van perianale fistels met de minste recidieven en wat is voorkeursbehandeling van de patient? Wat is de beste monitoring voor de beoordeling van perianale fistels?</i>	

114a	34	Patiënten	Welke behandeling voor fistels bij patiënten met de ziekte van Crohn levert de minste recidive op?	<i>Welke behandeling?</i> De behandeling van fistels bij mensen met de ziekte van Crohn. <i>Hoe groot is het probleem?</i> Behandeling van complexe fisteling is moeilijk. De slagingskans van behandeling van fistels is 70%. Echter is er grote kans op recidive en de kwaliteit van leven wordt ernstig beïnvloed. Vaak krijgt de patient een blijvend stoma. <i>Wat levert het onderzoek op?</i> Een behandeling voor fisteling met minste kans op recidive.
114b	62	RL IBD	Wat zijn de (on)gunstige effecten van nieuwere medicamenteuze behandelingen in de behandeling van perianale fistels?	
114c	63	RL IBD	Wat is het effect van serumconcentraties van TNF-alfaremmers in de behandeling van perianale fistels?	
114d	64	RL IBD	Wat is de juiste timing om de seton te verwijderen bij medicamenteuze behandeling van perianale fistels? Tevens t.o.v. chirurgische interventies.	
114e	66	RL IBD	Wat zijn de (on)gunstige effecten van medicamenteuze behandeling van perianale fistels, ten opzichte van chirurgische behandeling van perianale fistels?	
114f	67	RL IBD	Wat is de effectiviteit van de verschillende chirurgische interventies in de behandeling van perianale fistels? (Er is wel onderzoek beschikbaar naar alleen saneren vs. LIFT vs. mucosa verschuivingsplastiek.)	
114g	68	RL IBD	Wat zijn de (on)gunstige effecten van allogene celtherapie ten opzichte van autologe celtherapie, voor de behandeling van perianale fistels?	
115	71	RL IBD	Hoe zou het (her)starten van IBD medicatie bij solide en hematologische maligniteiten eruit moeten zien?	

116	74	RL IBD	Wat zijn de (on)gunstige effecten van medicatie bij patiënten met IBD >60 jaar? <i>Suggestie voor herformulieren: Welk medicijn geeft de beste effectiviteit/veiligheidsratio bij de oudere patient met IBD?</i>	
117		RL TBC screening	TBC screening (samengesteld uit lichtgroene kennishiaten hieronder). <i>Suggestie voor herformulieren: Wat is het risico op een latente TBC bij patienten met IBD die starten met een biological en wat is de meest kosteneffectieve manier van screening op TBC bij patienten met IBD? Wat is het risico op een opvlamming van een latente TBC bij patienten die starten met vedolizumab, ustekinmab en tofacitinib?</i>	
117a	89	RL TBC screening	Wat is de beste methode om het risico op latente tuberculose infectie te analyseren?	Het is onduidelijk wat de beste methode is om het risico op latente tuberculose infectie (LTBI) te analyseren.
117b	90	RL TBC screening	In hoeverre is een risico-inventarisatie-vragenlijst accuraat in het voorspellen van het risico op latente tuberculose infectie?	Het is onduidelijk of een risico-inventarisatie-vragenlijst accuraat is in het voorspellen van (het risico op) LTBI.
117c	91	RL TBC screening	Hoe kan latente tuberculose infectie het beste gediagnosticeerd worden?	Een sluitende diagnostische test om LTBI aan te tonen, ontbreekt vooralsnog.
117d	92	RL TBC screening	Welke diagnostische test is het meest accuraat in het opsporen van latente tuberculose infectie bij patienten die immuungecompromitteerd zijn en/of gaan starten met immuunsuppressieve medicatie?	Het is onduidelijk welke diagnostische test (Mantoux huidtest, IGRA of de combinatie hiervan) het meest accuraat is in het opsporen van LTBI bij patienten die immuungecompromitteerd zijn en/of die gaan starten met immuunsuppressieve medicatie.
117e	93	RL TBC screening	Wat is de meerwaarde van het testen met de Mantoux huidtest en de IGRA?	Het is onduidelijk wat de meerwaarde is van testen met zowel de Mantoux huidtest en de IGRA.
117f	96	RL TBC screening	Hoe vaak dienen patienten die immuunsuppressiva gebruiken gescreend te worden op tuberculose, rekening houdend met eventuele verse (her)infectie?	Het is onduidelijk welke van de patienten die tijdens gebruik van immuunsuppressieve medicatie tuberculose krijgt, dit ontwikkeld door een onvoldoende screening of door een verse (her)infectie.
117g	97	RL TBC screening	Welke rol heeft een X-thorax in de screening op tuberculose, als er gestart wordt met immuunsuppressieve medicatie?	Het is onduidelijk welke rol het maken van een X-thorax speelt in de screening op tuberculose bij het starten van immuunsuppressieve medicatie.

NR.	Bron NR	Bron	Kennishiaat	Toelichting
Groep 6: Deelgebied Voeding				
118		Achterban en richtlijn	Antibiotica bij PEG-plaatsing (samengesteld uit lichtgroene kennishiaten hieronder)	
118a	2	Achterban	Is profylaxe van wondinfectie met een antibioticumgaas (PHMB) even effectief als antibiotica iv bij PEG plaatsing?	er is nooit vergelijkend onderzoek gedaan; gaas is eenvoudiger, goedkoper en geeft geen allergie/resistentie
118b	69	RL Ent. Toegang	Wat is de plaats van antibiotische gazen versus profylactische intraveneus of via de sonde toegediende antibiotica?	
119	68	RL Ent. Toegang	Wat is de beste methode en timing van profylactische antibiotica toediening: één intraveneuze gift antibiotica, 60 minuten voor PEG plaatsing versus antibiotica suspensie door de net geplaatste sonde?	
120		Achterban en richtlijn	Verwijdering PEG-sonde (samengesteld uit lichtgroene kennishiaten hieronder)	
120a	8	Achterban	Kan een PEG-sonde met plaatje (PULL-PEG) veilig verwijderd worden door deze kort bij de huid af te knippen of moet dit altijd endoscopisch gebeuren?	er is geen goed vergelijkend onderzoek gedaan
120b	77	RL Ent. Toegang	Wat zijn de (on)gunstige effecten van PEG-verwijdering door middel van de cut-and-push methode, vergeleken met een endoscopische verwijdering van de PEG?	Door de werkgroep wordt geconcludeerd dat er noodzaak is voor een degelijk uitgevoerd gerandomiseerd onderzoek waarbij PEG verwijdering door middel van de cut-and-push methode vergeleken wordt met endoscopische verwijdering van de PEG.

121	9	Achterban	Wat zijn de minimale eisen voor een efficiënte en veilige plaatsing en nazorg van PEG-sonde (hoe is de optimale zorgorganisatie)?	er is een grote praktijkvariatie op het gebied van zorgorganisatie rond PEG-plaatsing in Nederland, zie hiervoor ook de Magma van dec 2021, oa -veel ziekenhuizen doen een plaatsing met twee artsen, er zijn echter ook artsen die dit alleen doen; -sommige ziekenhuizen nemen patiënten een nacht op na plaatsing, andere doen dit poliklinisch dit leidt tot grote verschillen in kosten en gebruik van zorgpersoneel/middelen
122		Achterban en richtlijn	PEG-plaatsing onder sedatie bij patiënten met NMA (samengesteld uit lichtgroene kennishiaten hieronder)	
122a	7	Achterban	Bij welke patiënten met een neuromusculaire aandoening (oa ALS) kan veilig sedatie gegeven worden bij PEG-plaatsing (of evt een andere endoscopische ingreep)?	de gebruikte richtlijn uit 2010 van de ALS-stichting is gedateerd en deels niet gebaseerd op evidence; de aanstaande richtlijn PEG-zorg gaat gedeeltelijk op dit onderwerp in, maar het ontbreekt aan -gedegen vergelijkend onderzoek:PEG versus PRG -onderzoek naar moment/timing van plaatsing gastrostomie, -op evidence gebaseerde criteria om veilig sedatie te geven, - kennis over hulpmiddelen die veiligheid kunnen vergroten (oa Optiflow)
122b	74	RL Ent. Toegang	Wat zijn de (on)gunstige effecten van een PEG-plaatsing onder sedatie bij patiënten met neuromusculaire aandoeningen, vergeleken met een PEG-plaatsing zonder sedatie?	Er is een gebrek aan vergelijkende studies tussen PEG-plaatsing met sedatie versus zonder sedatie. Een eventuele prospectieve studie zou dan ook patiënttevredenheid moeten meten en gedurende een follow-up van twee weken de complicaties en mortaliteit moeten bepalen.

123	3	Achterban	Is het noodzakelijk om in de nacht over een duodenumsonde te voeden ipv over een NMS om aspiratie te voorkomen?	In ons ziekenhuis willen chirurgen en intensivisten altijd een duodenumsonde als er ook in de nacht gevoed moet worden. Risico van NMS zou aspiratie zijn. Volgens ons is dat niet het geval mits je een normale maagontleding hebt.
124	76	RL Ent. Toegang	Wat zijn de (on)gunstige effecten van de verschillende soorten voeding in het opstarten van de voeding na de plaatsing van een gastrostomie?	Er is niet onderzocht of het type of soort voeding waarmee gestart wordt na plaatsing van de sonde verschil maakt in de geregistreerde complicaties.
125		Richtlijn	PPI bij PEG-plaatsing (samengesteld uit lichtgroene kennishiaten hieronder)	
125a	71	RL Ent. Toegang	Wat zijn de (on)gunstige effecten van het continueren van PPI rondom PEG-plaatsing, vergeleken met het stoppen van PPI?	Er bestaan geen goede prospectieve studies met voldoende patiënten op grond waarvan continueren of stoppen van PPI rondom PEG-plaatsing te rechtvaardigen is.
125b	72	RL Ent. Toegang	Wat is het effect van stoppen of continueren van PPI bij patiënten met hoofd-halstumoren op complicaties (peristomale infectie, pneumonie, mortaliteit) na PEG plaatsing ?	
125c	73	RL Ent. Toegang	Wat is het effect van stoppen of continueren van PPI bij patiënten met neurologische aandoeningen (herseneninfarct, andere aandoeningen) op complicaties na PEG-plaatsing (peristomale infectie, pneumonie, mortaliteit)?	
126	4	Achterban	Wat is de toegevoegde waarde (het doel) van selectieve controles bij coeliakie?	In het kader van zinnige zorg en het vrijmaken van capaciteit in het ZH is het wenselijk niet-zinnige controles te stoppen. Het is m.i. niet goed onderbouwd wat het doel is van een electieve controle bij coeliakie (t.o.v. controle via de huisarts)

127	5	Achterban	Is de huidige richtlijn mbt controle patiënten met coeliakie zinvol en kosteneffectief?	Gezien het huidige grote aanbod aan MDL-problematiek zou coeliakiebehandeling/controle (deels) overgenomen kunnen worden door de 1e lijn?
128	12	Patiënten	Welke serologische en klinische indicatoren hebben een voorspellende waarde voor het optreden van klachten en complicaties bij coeliakie en in welke frequentie moeten deze worden gevolgd?	<i>Welke behandeling?</i> Coeliakiepatiënten hebben een 1 of 2 jaarlijkse follow-up afspraken bij de MDL-specialist om bloedwaarden te controleren alsmede het een check voor of er klinische complicaties optreden. De frequentie en effect van de follow-up zijn gebaseerd op expert opinion maar niet onderzocht. <i>Hoe groot is het probleem?</i> In de huidige systematiek vermijdt een deel van de patiënten de follow-up omdat het nut niet duidelijk is en deze voor vaak een kort consult het eigen risico kost. Daarmee missen we mogelijk klinische complicaties bij een deel van de patiënten. Anderzijds is er mogelijk onnodige medicalisering van patiënten die eigenlijk geen of een lager frequente follow-up nodig hebben. <i>Wat levert het onderzoek op?</i> Een set van indicatoren op basis waarvan richtlijnen voor follow-up op maat kunnen worden opgesteld. Onderliggend verder een evidence based overzicht van complicaties die gerelateerd zijn aan coeliakie.
129	10	Overige stakeholder	Wat is de effectiviteit van voedingsadviezen bij patiënten met maagklachten?	P: patiënten met maagklachten; I: voedingsadviezen door diëtist + usual care; C: usual care; O: refluxklachten, zorggebruik (gastroscopieën), PPI-gebruik.

130	17	Patienten	Welke objectieve diagnostische criteria kunnen gehanteerd worden voor het stellen van een diagnose van MCAS (mestcel activatie syndroom) in Nederland?	<i>Welke behandeling ?</i> Diagnostiek aan de hand van een darmbiopt. <i>Hoe groot is het probleem?</i> Patienten met vermoeden MCAS krijgen nu mogelijk geen juiste diagnose en behandeling en ervaren mindere kwaliteit van leven. <i>Wat levert het onderzoek op?</i> Objectieve diagnostiek waardoor behandeling en begeleiding in protocol staat vastgelegd
131	29	RL Coeliakie + Derm	Wat is de diagnostische waarde van het standaard afnemen van dunnedarmbiopten bij elke gastroduodenoscopie voor het stellen van de diagnose coeliakie bij patiënten met autoimmuunaandoeningen?	Het standaard afnemen van dunnedarmbiopten bij elke gastro-duodeno-scopie lijkt de diagnostische potentie voor het stellen van de diagnose coeliakie te kunnen verbeteren, met name bij patiënten met auto-immuunaandoeningen.
132	34	RL Coeliakie + Derm	Wat is het effect van het gebruik van een glutenvrij dieet op de behoefte aan dapson?	Patiënten die een glutenvrij dieet gebruiken zullen na verloop van tijd minder dapson nodig hebben. Meer dan 90% van de patiënten die zich strikt aan het dieet houden kan op termijn – gemiddeld na 2-3 jaar - het gebruik van dapson geheel stoppen. Bij patiënten die het dieet niet strikt volgen zijn de resultaten minder goed of duurt het langer voordat het resultaat bereikt wordt.
133	35	RL Coeliakie + Derm	Wat is de effectiviteit van een glutenvrij dieet bij DH patiënten met een asymptomatische coeliakie op het voorkómen van complicaties?	De meeste patiënten met DH hebben een asymptomatische coeliakie. Het is nog onduidelijk of bij deze asymptomatische patiënten een glutenvrij dieet nuttig is in verband met het voorkómen van complicaties.
Deelgebied Algemeen				
134	4	Achterban	Is de CO2 footprint van de MDL ziekten te verkleinen door het verminderen van gebruik van disposables?	Tot nu toe juist steeds meer gebruik van disposables. Goedkoop, efficient, Maar zeer klimaat onvriendelijk

135	7	Achterban	<p>Is een eHealth zorg pad kosten effectiever dan een regulier zorgpad?</p> <p><i>Suggestie voor herformuleren: richten op monitoring</i></p>	<p>Is een eHealth zorgpad waarbij patient zelf bloed kan laten prikken en ontlasting kan laten onderzoeken en vragen beantwoordt tav de ziekte en bijkomende risicofactoren kosteneffectiever dan een regulier zorgpad met reguliere controles.</p>
136	9	Achterban	<p>Wat is de kosten-effectiviteit van anderhalvelijns zorg binnen de MDL?</p>	<p>Een groot deel van de poliklinische populatie zou medisch-specialistische behandeling kunnen krijgen in een andehalvelijns zorg setting (functionele klachten, coeliakie of IBD in remissie, vetlezerziekte)</p>

NR.	Bron NR	Bron	Kennishiaat	Toelichting
Groep 7: Deelgebied Hepaticopancreaticobiliair				
137		Achterban	Surveillance pancreascysten (samengesteld uit lichtgroene kennishiaten hieronder) <i>Suggestie voor herformuleren: Hoe kunnen we de gepercipieerde inefficiency in de pancreassurveillance van high-risk groepen vertalen in een minder intensief surveillance programma dat we direct kunnen implementeren en dat ons toch in staat stelt de effectiviteit daarvan te blijven onderzoeken?</i>	
137a	3	Achterban	Welke patiënten met een IPMN van het pancreas kunnen veilig ontslagen worden uit controle?	
137b	4	Achterban	Is het niet-surveilleren van kleine (<10 mm) pancreascysten veilig?	Bij chirurgiefitte ptn wordt vrijwel elke pancreascyste tegenwoordig gesurveilleerd (als IPMN of MCN in de DD staat). Dit lijkt zinloos en zeer kostbaar/ingrijpend.
137c	5	Achterban	is het veilig om pancreascysten < 10 mm niet te vervolgen?	
137d	9	Achterban	Diagnostiek en follow up van bij toeval gevonden pancreascysten < 1cm bij CT of MRI.	Veel tijd en diagnostiek worden ingezet bij deze toevalsvonsten waarbij er meestal geen beleidswijzigingen zijn
137e	10	Achterban	Moeten kleine IPMNs (<5mm) via het standaard followupschema behandeld worden?	In ons ziekenhuis worden zeer frequent IPMNs van 3mm beschreven. Moeten die direct in de standaard follow up of zou hier een langer interval op zijn plaats zijn?
138	48	RL Pancreascarcinoom	Wat is de waarde van pancreassurveillance bij hoog-risico groepen? Wat is de beste surveillancestراتيجية?	
139		Achterban en richtlijnen	Chirurgie bij pancreascarcinoom (samengesteld uit lichtgroene kennishiaten hieronder) <i>Suggestie voor herformuleren: Is bij een locally advanced pancreascarcinoom plaats voor een behandeling zonder chirurgie bij die patiënten die onder voorbehandeling geen evidente regressie tot een resectabel proces laten zien? ("de opereer niet tenzij studie")?</i>	

139a	6	Achterban	Verlegging van het focus van pancreaskankerbehandelingstrategieën van technische resectabiliteit naar behoud van kwaliteit van leven.	De 'curatieve' behandeling van pancreaskanker middels chirurgie is in de praktijk helaas vrijwel altijd palliatief. Het betreft echter een zeer ingrijpende behandeling, die ook erg kostbaar is, en dus meestal toch met een teleurstellend resultaat eindigt. Middels shared-decision making zouden ptn meer betrokken kunnen worden in wat hen te wachten staat en de keuzes die daarbij mogelijk zijn, met als focus een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven behouden, dus soms ook niet-opereren terwijl de tumor technisch wel resectabel lijkt.
139b	55	RL Pancreascarcinoom	Wat zijn de (on)gunstige effecten van wel/geen resectie op de overleving, morbiditeit en kwaliteit van leven voor patiënten met een gemetastaseerd pancreascarcinoom?	
140	11	Achterban	Toevoeging van PET-CT aan stadieringsprotocol van pancreas(kop)tumoren leidt tot minder onnodige chirurgie (?)	De prognose na pancreaskankerchirurgie is zo slecht dat elke beschikbare toevoegende stadieringsmodaliteit zou moeten worden gebruikt om de strengste en beste patiëntselectie te bewerkstelligen, zodat onnodige chirurgie wordt voorkomen.
141	50	RL Pancreascarcinoom	Wat is de waarde van een CT van de thorax bij de stadiering van het pancreascarcinoom?	

142	8	Achterban	Bij patiënten die een ERCP moeten ondergaan vanwege een stenose van de galweganastomose (duct-duct) post-levertransplantatie (P), is het kosteneffectief en veilig (O) om de re-ERCP termijn op te rekken tot 6 maanden bij inwendige galwegstents (niet-transpapillair, géén papillotomie) (I), vergeleken met de huidige 3 maanden bij conventionele transpapillaire galwegstents (mét papillotomie) (C)?	P: patiënten die een ERCP moeten ondergaan vanwege een stenose van de galweganastomose (duct-duct) post-levertransplantatie I: ERCP met inbrengen van inwendige galwegstent (niet-trans papillair, géén papillotomie) met re-ERCP termijn van 6 maanden C: ERCP met inbrengen van conventionele transpapillaire galwegstent (mét papillotomie) met re-ERCP ter mijn van 3 maanden O: kosteneffectiviteit (totale kosten incl. kosten van complicaties in 1e jaar post-ERCP) en veiligheid (aantal AEs en SAEs, inclusief de ERCP-specifieke complicaties, cholangitis en frequentie van re-ERCP) Gebaseerd op observationele data uit het volgende artikel: Long-term Outcomes of Stent Placement Inside the Bile Duct for Biliary Strictures After Living Donor Liver Transplantation. Nishikawa Y, et al. Liver Transpl. 2022 Jan;28(1):88-97. doi: 10.1002/lt.26247. PMID: 34327805
143	12	Achterban	Wat is de effectiviteit van jaarlijks screening middels beeldvorming (echo/MRI) versus lab en op indicatie beeldvorming bij patiënten met PSC in kader surveillance cholangiocarcinoom?	
144	16	Achterban	Is het kosteneffectief en veilig om bij elke patiënt met verdenking choledocholithiasis tevoren een EUS te verrichten?	