



Indicaties voor endoscopie

Dr. X.J.N.M. Smeets, MDL-arts



www.asz.nl

Programma KKO

Tijd	Onderwerp	Spreker
17.15 uur	Introductie onderwerp	Voorzitter: Anneke Remijn, huisarts Zwijndrecht
17.25 uur	Indicaties voor endoscopie	Xavier Smeets, MDL-arts Albert Schweitzer ziekenhuis
18:00 uur	Vragen stellen & discussie	allen
18.15 uur	Afsluiting	Anneke Remijn, huisarts

Disclosure belangen

Anneke Remijn, huisarts Zwijndrecht

Kort Klinisch Onderwijs (KKO), Albert Schweitzer ziekenhuis,
3 maart 2026

(potentiële) belangenverstrengeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Geen
• Sponsoring of onderzoeksgeld • Honorarium of andere (financiële) vergoeding • Aandeelhouder • Andere relatie, namelijk ...	Geen Geen Geen Geen

Disclosure belangen

Xavier Smeets, MDL-arts

Kort Klinisch Onderwijs (KKO), Albert Schweitzer ziekenhuis,
3 maart 2026

(potentiële) belangenverstrengeling	Geen
Voor bijeenkomst mogelijk relevante relaties met bedrijven	Geen
• Sponsoring of onderzoeksgeld • Honorarium of andere (financiële) vergoeding • Aandeelhouder • Andere relatie, namelijk ...	Geen Geen Geen Geen

Even voorstellen...

- 9 MDL-artsen
 - Hepatitis behandelcentrum
 - Groot IBD-centrum
 - Regionale expertise reflux
- In 2025 en 2026...
 - Darmecho's
 - Leefstijlloket Drechtsteden



J.J. (Joyce) van Dijk-Kuiper

MDL-arts

[Bekijk profiel](#) >



P. (Pieter) Honkoop

MDL-arts

[Bekijk profiel](#) >



V. (Vincent) de Jonge

MDL-arts

[Bekijk profiel](#) >



A.H.C. (Aafke) van Roon

MDL-arts

[Bekijk profiel](#) >



X. (Xavier) Smeets

MDL-arts

[Bekijk profiel](#) >



A.Y. (Annemieke) Thijssen

MDL-arts

[Bekijk profiel](#) >



W. (Wim) van de Vrie

MDL-arts

[Bekijk profiel](#) >



F.H.J. (Frank) Wolfhagen

MDL-arts

[Bekijk profiel](#) >



L.M.M. (Leonieke) Wolters

MDL-arts

[Bekijk profiel](#) >

Inhoud

- Gastroscoopie
 - Indicaties volgens NHG en NVMDL
 - Bloeding, dysfagie, anemie, maligniteitsrisico, geruststelling met gastroscoopie
 - Nieuwe Barrett richtlijn
 - Complicaties van gastroscoopie
- Coloscopie
 - Indicaties volgens NHG
 - Familieanamnese, calprotectine, FIT
 - Complicaties van coloscopie
- Kernpunten
- Toetsvragen

albert
schweitzer

Ziekenhuis met hoofd, hart en ziel



Gastroscoopie



www.asz.nl

Indicaties voor gastroscopie volgens NHG

Absolute indicatie

Alarmsymptomen

- hematemesis
- melena
- aanhoudend braken
- stoornis in of pijn bij
- aanhoudende
- aanhoudende
- onverkijpverlies
- anemie

Relatieve indicatie

- persisterende of recidiverende maagklachten in combinatie met alarm
- overleg met de mdl-arts bij maagklachten en een eerstegraads familielid met maagcarcinoom
- behoefte aan meer diagnostische zekerheid

**HEMATEMESIS EN MELENA:
BELLEN IPV ZORGDOOMEINVERWIJZING**

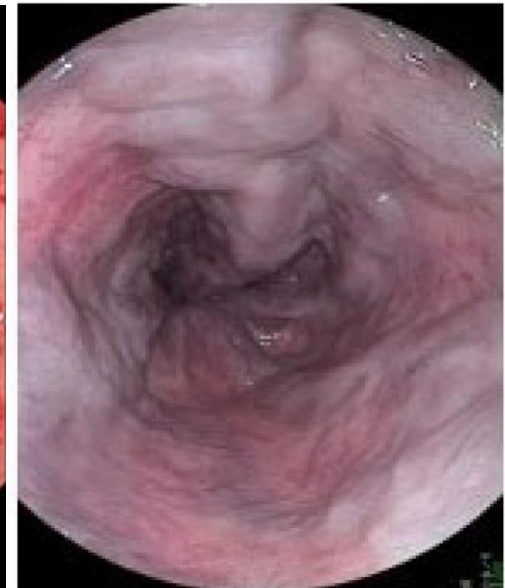
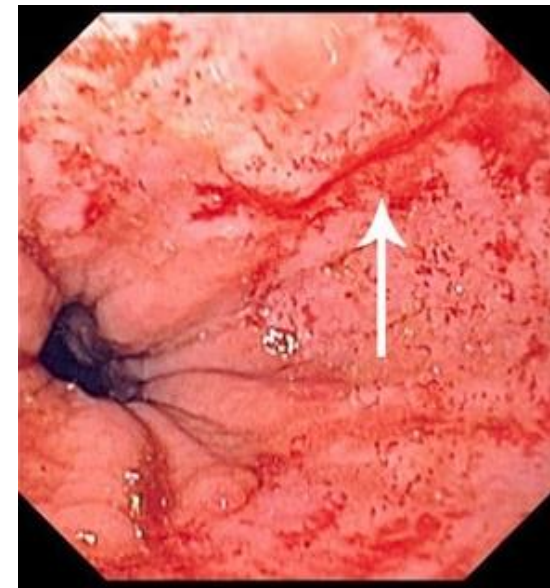
Indicaties voor gastroscopie volgens NVMDL

- Verricht een gastroscopie bij patiënten met alarmsymptomen: hematemesis, melaena, anemie; aanhoudend braken; voedselpassageprobleem; ongewild gewichtsverlies.
- Overweeg een gastroscopie bij nieuwe refluxklachten indien de leeftijd >50 jaar is.
- Wees terughoudend met een gastroscopie ter geruststelling en als diagnosticum in alle andere gevallen.

Klachten uitvragen: bloeding

- Hematemesis
 - Eerst braken en daarna bloed erbij? Mallory-Weiss
 - Voorgeschiedenis van levercirrose?
- Melena
 - Zwarte, plakkerige, teerachtige, stinkende ontlasting
 - Bloed laxeert enorm

albert
schweitzer



Klachten uitvragen: dysfagie

- Alternatieve diagnoses: globusgevoel (sensatie van iets in de keel in rust, dat afneemt tijdens slikken), xerostomie (onvoldoende speeksel; met name bij ouderen)?
- Orofaryngeale vs. oesofageale dysfagie: onmogelijkheid om slik te starten/vertraging in starten van slik? Postnasale regurgitatie na het slikken? Hoesten na het slikken? Herhaaldelijk slikken noodzakelijk? Onmogelijkheid tot doorslikken van eten? Dysfagie direct optredend na slikken?
- Dysfagie alleen bij vast of ook bij vloeibaar (hogere kans op motiliteitsstoornis indien beide aanwezig)? Progressie in de tijd (en in welk tijdsbestek) of intermitterend?
- Bijkomende klachten: Odynofagie? Regurgitatie? Pyrosis (zowel vroeger als nu)? Retrosternale pijn? Misselijkheid/braken? Fenomeen van Raynaud?
- Eetlust? Gewichtsverlies? Huidige gewicht bij welke lengte?
- Medicatiegebruik: motiliteitsremmers (opiaten, anticholinergica, antimuscarinica, antipsychotica), medicatie die mucosale schade geeft (doxycycline, bisfosfonaten, ijzersuppletie, NSAID's)

Lab prikken: anemie

Wat doen wij (meestal) met een verwijzing ferriprievige anemie?

- Coeliakiescreening (ook bij ouderen)
- Gecombineerde gastroscopie en coloscopie
- Poli nadien

Dus OOK als de huisarts bijvoorbeeld alleen een gastroscopie aanvraagt

Risicoschatting oesofageaal

Ongeveer 7%
presenteert

Het risico

Overige risicofactoren

- Maag- en slokdarmcarcinoom:
 - roken en alcoholgebruik (tot 4 × verhoogd risico bij > 8 glazen alcohol/dag of > 25 sigaretten/dag).
- Maagcarcinoom:
 - achloorhydrie (volledig ontbreken van zuur in de maag) (2-3 × verhoogd risico)
 - *H. pylori* (2-3 × verhoogd risico)

carcinoom
maligniteit

Vraag bij het overwegen van gastroduodenoscopie naar risicofactoren voor maag- of slokdarmcarcinoom, zoals:

- familiair voorkomen van maagcarcinoom
- hoofd-halsmaligniteit of radiotherapie wegens mammacarcinoom
- barrettoesofagus, corrosief letsel van de slokdarm
- achloorhydrie, achalasie, plummer-vinsonsyndroom
- roken, alcoholgebruik, obesitas, dieet (weinig groente/veel vlees, frequent extreem warm drinken)

- Voor andere
iets verhog

- hoofd-halsmaligniteit (> 8 × verhoogd risico)
- dieet met weinig groente en fruit, of rijk aan nitrosamine (met name gepekeld groente)
- Adenocarcinoom van de oesofagus:
 - obesitas (2-4 × verhoogd risico)
 - matige refluxklachten (4-8 × verhoogd risico)
 - radiotherapie wegens mammacarcinoom (4-8 × verhoogd risico)
 - barrettoesofagus (> 8 × verhoogd risico)

carcinomen

‘Behoefte aan meer diagnostische zekerheid’

albert
schweitzer

Doe het niet...

...maar ik begrijp het soms ook wel

BEL EROVER!

Studie 1: Nijmegen, anno 2002. Design.

- 420 opeenvolgende patiënten met dyspepsie die een endoscopie kregen volgens de vigerende NHG-standaard:
 - Alarmsymptomen
 - 'Uitsluiten pathologie'
 - Recidiverende of terugkerende klachten na PPI en HP-eradicatie
- Vooraf en nadien meten van angst/depressie, HRQOL en ernst van klachten

Studie 1: Nijmegen, anno 2002. Uitkomsten.

- Angst: voor en na scopie gelijk.
- Depressie: voor en na scopie gelijk
- Kwaliteit van leven: voor en na scopie gelijk. Bij relevante bevinding na scopie wel iets hogere kwaliteit van leven.
- Klachten: verbeteren na scopie (?)

Studie 2: Nijmegen, anno 2017. Design.

- Nederlandse studie met 120 patiënten 18-69 jaar met...
 - Dyspepsie ('ieder symptoom gerelateerd aan de bovenste tractus digestivus voor minstens 4wkn, waaronder pijn in epigastrio, misselijkheid en braken)
 - Afwezigheid van alarmsymptomen (hematemesis, melena, anemie, gewichtsverlies >5%, persisterend braken, dysfagie, icterus), EGF kanker van bovenste tractus
 - Verwezen voor gastroscopie door de huisarts
- Randomisatie tussen...
 - Web-based onderwijs over dyspepsie. Vrij om daarna afspraak voor gastroscopie te maken
 - Vrij om afspraak voor gastroscopie te maken
- Uitkomstmaten: aantal scopiën, QoL, ernst klachten

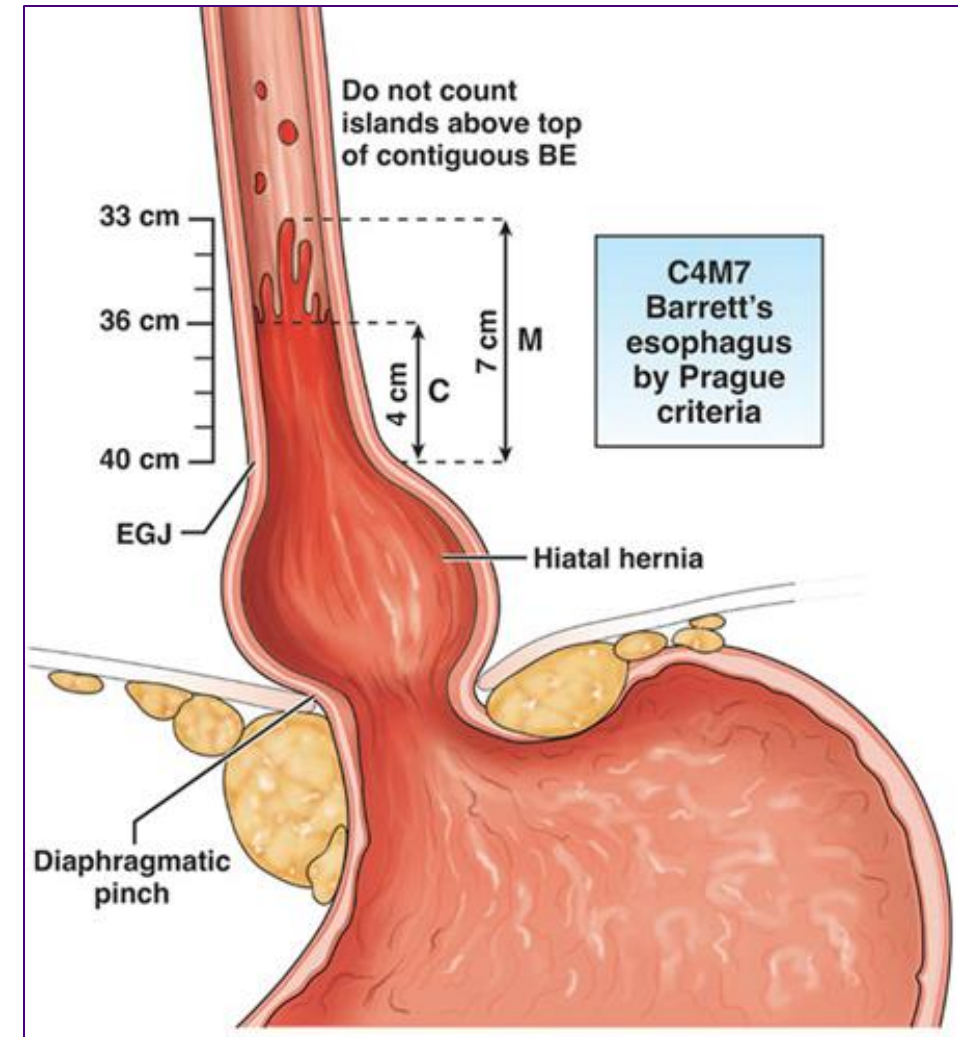
Studie 2: Nijmegen, anno 2017. Uitkomsten.

albert
schweitzer

	Interventie (onderwijs)	Controle (gastroscopie)
Gastroscopie	24 (39%)	47 (82%)
Klinisch relevante bevinding*	4 (16%)	6 (13%)
Verbetering klachten/KvL	Geen verschil	
Angst voor gezondheid	Verbetering na onderwijs, geen verbetering na gastroscopie	
*Klinisch relevant: HP-gastritis (n=3), refluxoesofagitis graad B of hoger (n=5), Barrett (n=1), ulcus (n=1)		

Nieuwe richtlijn Barrett

- Sinds maart 2025 i.h.k.v. zinnige zorg.
- Deels centralisatie, bij specifieke artsen
- Nieuwe grens voor surveillance:
 - Lengte van segment >5cm i.p.v. >3cm
 - Rekening houdend met wel/geen dysplasie en familieanamnese (EGF met slokdarmcarcinoom)
- Bij patiënten met verwaarloosbaar risico op slokdarmkanker
 - Geen surveillance meer
 - Wel actieve registratie in database



Hoe gevaarlijk is een diagnostische gastroscopie?

albert
schweitzer

EEN GASTROSCOPIE IS NIET FIJN:

- Kokhalzen
- Nadien vaak zere keel, buikpijn en misselijkheid.
Zo'n 2.5% van patiënten zoekt hiervoor medische hulp.
- Opboeren, opgeblazen gevoel tijdens onderzoek
- Gevoel te stikken, geen adem kunnen halen

Gastroscoopie in Helene Schweitzer kliniek

- Indicaties:
 - Ferripriev anemie
 - Passageklachten
 - Reflux en/of maagklachten >50 jaar
- Opmerkingen
 - Alleen voor ASA I-II patiënten
 - Bij ferripriev anemie ook coloscopie erbij en kort polibezoek
 - < 3 werkdagen een afspraak en < 10 werkdagen sedatie screening + scopie

**albert
schweitzer**

Ziekenhuis met hoofd, hart en ziel



Coloscopie

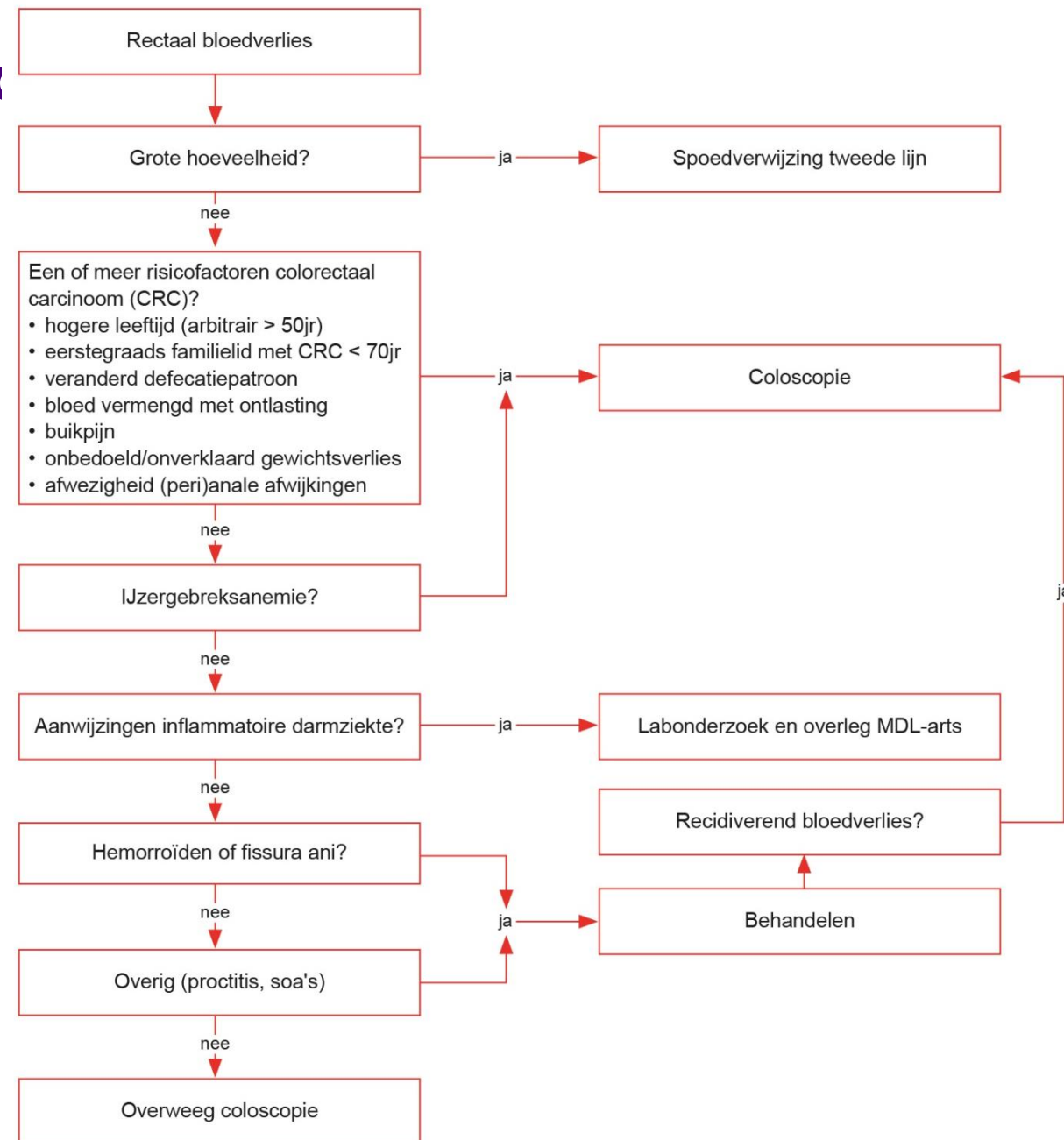


www.asz.nl

Indicatie voor

Stroomschema 'Diagnostiek en beleid bij rectaal bloedverlies'.

albert
schweitzer



Bron: NHG richtlijn Rectaal

Dit stroomschema is ook van toepassing bij rectaal bloedverlies na een negatieve iFOBT in het kader van bevolkingsonderzoek.

5-3-2026

Indicatie voor coloscopie volgens NHG

Overweeg aanvullende diagnostiek in de tweede lijn, waaronder coloscopie, bij patiënten met kenmerken (waaronder alarmsymptomen) die een andere aandoening waarschijnlijker maken dan PDS als oorzaak van de klachten:

- Calprotectine >100 mg/g feces
- Alarmsymptoom
- Rectaal bloedverlies
- Verandering in consistentie of frequentie (<1dd of >2dd) van ontlasting > 2 weken
- Diarree gedurende > 2 weken
- Nachtelijke diarree
- Onbedoeld en onverklaard gewichtsverlies;
- Begin van de klachten bij ≥ 50 jaar;
- EGF met IBD of coeliakie, of met colorectaal-, ovarium- of endometriumcarcinoom < 70 jaar.

Familieanamnese colorectaalcarcinoom

- Van familiair colorectaal carcinoom wordt gesproken bij:
 - Personen met 1 eerstegraads familielid met CRC onder de 50 jaar
 - Personen met 2 of meer eerstegraads familieleden met CRC onder de 70 jaar, in dezelfde tak van de familie
 - Er zijn onvoldoende aanwijzingen voor het Lynch syndroom, een erfelijk polyposis syndroom of een andere bekende aanleg voor darmpoliepen/darmkanker

Calprotectine in diagnostiek naar IBD

Twee belangrijke punten:

- Calprotectine discrimineert niet tussen IBD en infectie
- Kracht van herhaling

Fecaal immunochemische test (FIT)

- *‘We raden de FIT ter uitsluiting van maligniteiten bij patiënten met vermoeden van PDS af’*
 - Bij lage voorafkans op CRC helpt uitslag niet voldoende om CRC uit te sluiten
 - Patiënten <50j: zeer lage voorafkans CRC/poliepen, dus weinig terecht positieven. Geeft veel onrust, daarmee help je niemand.
 - Patiënten >50j: veel fout negatieven. Overleg met/verwijs naar MDL-arts i.p.v. beleid af te laten hangen van FIT.
- Bepaal geen FIT als er zichtbaar bloedverlies is.
- FIT+calpro verhoogt negatief voorspellende waarde niet.

Hoe gevaarlijk is een diagnostische coloscopie?

albert
schweitzer

EEN COLOSCOPIE IS NIET FIJN:

- Drinken van laxeermiddel
- 10% van patiënten heeft pijn, krampen, misselijkheid, opgeblazen gevoel tijdens de scopie
- Bij 34% persisteert dit na coloscopie voor enkele dagen

Coloscopie in Helene Schweitzer kliniek

- Indicaties:
 - Rectaal bloedverlies
 - Positieve FIT
 - Ferriprieve anemie
 - Veranderd defecatiepatroon >45j
 - Afwijkingen bij lichamelijk of aanvullend onderzoek
- Opmerkingen
 - Alleen voor ASA I-II patiënten
 - Bij ferriprieve anemie ook gastroscopie erbij en kort polibezzoek
 - < 3 werkdagen een afspraak en < 10 werkdagen sedatie screening + scopie

Kernpunten



Kernpunten

1. Volg de NHG standaard voor anamnese en aanvullend onderzoek (o.a. H. Pylori, anemie, calprotectine, *geen* FIT)
2. Verricht geen gastroscopie ter geruststelling
3. Hematemesis of melena: bellen met MDL, niet slechts verwijzen via zorgdomein
4. Bel bij twijfel

Agenda 2026

Albert Event

8 juni

Dordrecht

Het vierde trimester -> i.s.m. JongJGZ

Kort Klinisch Onderwijs (KKO)

16 april

Allergologie

Recidiverende maagklachten: welke PPI?

Table 1. Potency of PPIs Based on OE

Drug at lowest available dosage	OE
Pantoprazole 20 mg	4.5 mg
Lansoprazole 15 mg	13.5 mg
Omeprazole 20 mg	20 mg
Esomeprazole 20 mg	32 mg
Rabeprazole 20 mg	36 mg

NOTE. PPIs are listed in order of increasing potency.¹⁷
OE, omeprazole equivalent; PPIs, proton pump inhibitors.

Dosis gebaseerd op vermogen van PPI om een gemiddelde pH van 4 te bereiken over 24u. Omeprazol is als standaard genomen. Een standaarddosis van 20mg pantoprazol komt dus overeen met 4,5mg omeprazol. Daarmee is pantoprazol dus de minst potente PPI.