



Peter Siersema: Benoemd tot Erelid van de NVGE



EU-ME3 — Advancing the Dimensions of Endosonography

Focused on Your Expertise

With high-end features and elevated image quality incorporated in a small box, **EU-ME3** is tailored to improve a variety of procedures. Smart user settings and software upgrades enable customization to individual clinical needs. High-quality visualization allows you to fully focus on the procedure and supports accurate diagnosis and treatment of pancreaticobiliary and lung diseases.

Olympus offers a complete range of FNA/FNB needles and the new **EZShot 3 Plus** second-generation needles. Combined with the new EU-ME3 ultrasound system, you will experience enhanced visibility and precise lesion targeting. Through precise puncturability, predictable trajectory and enhanced echogenicity, you will unlock new procedural possibilities.

For more information, please visit:
www.olympus.nl/EU-ME3



EZShot 3 Plus

02/24 - OBV

VOORWOORD

COLOFON

DDD news van de Nederlandse Vereniging voor Gastro-enterologie verschijnt vier maal per jaar. De Nederlandse Vereniging voor Gastro-enterologie is opgericht op 26 oktober 1913.

Redactieadres/Inlichtingen advertenties:

Secretariaat NVGE
 Postbus 657,
 2003 RR Haarlem
 Tel: 023 - 5513016
 E-mail: secretariaat@nvge.nl
 Correspondentie kan worden gestuurd naar het redactieadres. Het bestuur behoudt zich het recht voor om te bewerken.

Secretariaat/ Ledenadministratie:

Postbus 657, 2003 RR Haarlem
 Tel: 023 - 5513016
 E-mail: secretariaat@nvge.nl ledenadministratie@nvge.nl

Lidmaatschap:

Aanmelden via www.nvge.nl

Opzegging:

Het lidmaatschap loopt per kalenderjaar, eventuele opzeggingen vóór 1 december via ledenadministratie@nvge.nl

Overname van gegevens uit DDD news is toegestaan met bronvermelding.

Vormgeving:

M.art grafische vormgeving

Omslagfoto:

Prof. dr. Peter Siersema

Foto: Erasmus MC

ISSN: 2543-3075



Beste lezers,

Bij het schrijven van dit voorwoord is het alweer enkele weken geleden dat we in Veldhoven bijeen waren voor de voorjaarseditie van de DDD. Hopelijk spreek ik namens velen dat we kunnen terugkijken op bijzonder geslaagde en boeiende twee dagen. Vele hoogtepunten kunnen worden benoemd, zoals de keynote lecture door George Webster over cholangioscopie en de drie meer dan goed bezochte symposia die samen met de interventieradiologen werden georganiseerd. De nieuwe plek van de poster stage beviel ook goed.

Het wetenschappelijke programma werd woensdag afgesloten met de uitreiking van het erelidmaatschap aan Peter Siersema vanwege zijn jarenlange verdienste voor de NVGE. Aansluitend werd de allereerste inspiratorprijs uitgereikt aan Gerard Dijkstra, die voor vele jonge dokters, onderzoekers en andere collegae een inspiratiebron is geweest voor hun carrière binnen de MDL. Aan de maatschappelijke oproep tot het minder consumeren van vlees hebben we als NVGE gehoor gegeven door deze editie een volledig vegetarisch diner te organiseren.

Ondanks het vervroegde starttijdstip op de donderdag ochtend was de opkomst bij de eerste sessies goed, o.a. bij het NVMDL symposium over echografie. De afsluitende sessie over het vervolg van de MDL Kennisagenda "Less is More" heeft ons verder aan het denken gezet over de reuze opdracht die ons in het verschiet ligt.

Persoonlijk rijd ik altijd met een hoop enthousiasme en nieuwe ideeën richting huis na de DDD. Als NVGE streven we ernaar om elke editie die inspiratie weer aan te wakkeren en een mooi wetenschappelijk podium te bieden voor dokters, onderzoekers en verpleegkundigen/ verpleegkundig specialisten, naast voldoende ruimte voor netwerken met onze peers.

Op dit moment wordt er alweer hard gewerkt aan de invulling van de DDD in september. We hopen u allen op 11 en 12 september weer te begroeten in Veldhoven.

Veel leesplezier!

Alexander Bodelier
 Secretaris NVGE

INHOUD

UEG for NVGE	5
Leven en werken in Nieuw-Zeeland	7
Werkgroep PhD Netwerk	8
Werk en terugblik	10
De appel valt niet	15
Werkgroep ICC	16
DDD Science 1, 2 en 3	17
Research Pitch	25
Proefschrift sponsoring	27

21 juni 2024

NVGE PhD Netwerk Summer School
 Locatie: Vergadercentrum
 Vredenburg 19 te Utrecht
 Inlichtingen: Secretariaat NVGE
 Tel.: 023 - 551 3016
 E-mail: congres@nvge.nl

10 september 2024

Cursorisch Onderwijs NVMDL
 Locatie: Conference Center NH
 Koningshof te Veldhoven
 Inlichtingen: Secretariaat MDL
 Tel.: 023 - 551 3016
 E-mail: congres@mdl.nl

11 - 12 september 2024

Digestive Disease Days Najaar
 Locatie: Conference Center NH
 Koningshof te Veldhoven
 Inlichtingen: Secretariaat NVGE
 Tel.: 023 - 551 3016
 E-mail: congres@nvge.nl

24 september 2024

Nationale ICC Dag
 Locatie: Openbare Bibliotheek
 Amsterdam
 Inlichtingen: info@icc-ibd.com
 www.icc-ibd.com

24 - 27 september o.v.b. 2024

Dutch Liver Week en echocursus
 Locatie: Engels, Rotterdam
 (Groothandelsgebouw)
 Inlichtingen: Secretariaat NVH
 Tel.: 023 - 551 3016
 E-mail: congres@nvh.nl

25 - 27 september 2024

ESCP 19th Scientific & Annual
 Meeting
 Meer informatie volgt

12 - 15 oktober 2024

United European Gastroenterology
 Week
 Locatie: Wenen
 www.eug.eu

5 november 2024

Casuïstische conferentie
 Online vanuit de studio
 www.nvge.nl

*De Digestive Disease Days van de
 NVGE in de komende jaren vindt u via
www.nvge.nl*

Samenstelling bestuur

Dr. A.E. (Andrea) van der Meulen, *voorzitter*
 Dr. W.M.U. (Helma) van Grevenstein, *vice-voorzitter*
 Dr. A.G.L. (Alexander) Bodelier, *secretaris*
 Dr. P.P.J. (Patrick) van der Veek, *penningmeester*

Raad van afgevaardigden:

Dr. K. (Klaas) van der Linde, *public relations*
 Dr. S. van Meer (Suzanne), *namens Nederlandse Vereniging
 voor Hepatologie*
 Dr. R. (René) Scheenstra, *namens Sectie Kinder-MDL*
 Dr. Marijn Visschedijk, *namens Sectie Inflammatoire
 Darmziekten*
 Dr. S.S. (Suzanne) Gisbertz, *namens Nederlandse Vereniging
 voor Gastro-intestinale Chirurgie*

M. (Mirjam) van der Ende, *namens V&VN MDL*
 Prof. dr. D. (Daniel) Keszthelyi, *namens Sectie Neurogastro-
 enterologie en motiliteit*
 Prof. dr. V.M.C.W. (Manon) Spaander, *namens Sectie
 Gastrointestinale Oncologie*
 Dr. L.C.A.J. (Luuk) Hawinkels, *namens Sectie Experimentele
 Gastroenterologie*
 Dr. M.J.M. Groenen, *namens Sectie Gastrointestinale
 Endoscopie*
 Dr. M.P. (Thijs) Schwartz, *namens MDL-Raad W&I NVMDL*
 Drs. M.T.J. (Michiel) Bak, *redactielid DDD news*
 Dr. M.D. (Michiel) Voskuil, *redactie DDD-news*
 Drs. A. (Ayla) Thijssen, *namens PhD netwerk*

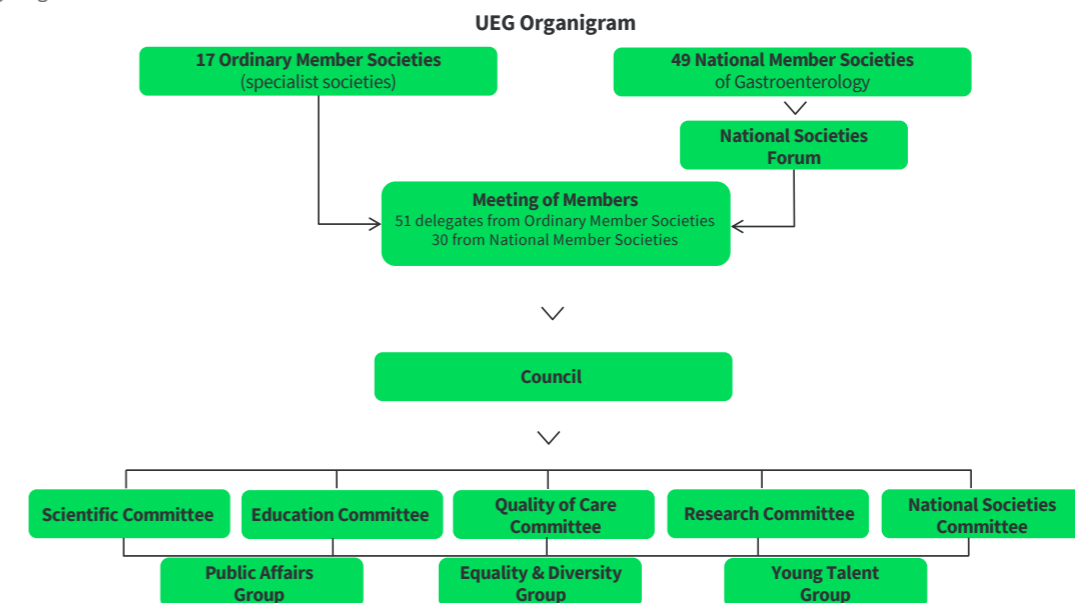
UEG for NVGE

A mutual relationship

NVGE as the National Dutch Gastroenterology Society is a member of the United European Gastroenterology (UEG). As one of 49 national societies, The Netherlands are represented in the National Societies Forum of UEG who in turn sends delegates to the "Meeting of Members" (MoM), the parliament of UEG (Fig. 1). From here delegates are sent to the Council, the government of UEG. The council is presided by the "Executive Committee" (ExCom), consisting of the president, vice-president (president-elect), the general secretary, and the treasurer. They all are elected by the MoM. The other way in is via one of the 17 European specialty societies such as EASL, EDS, EPC, ESGE, ESNM, to name a few, that also send delegates to the MoM and in turn to Council. Council then votes on the chairs of five committees and three groups: Scientific, Education, Quality-of-Care, Research, and National Societies Committees as well as the Public Affairs, Equality & Diversity and, last but not least the Young talent group (Fig. 1). All committees are staffed by delegates sent from the Ordinary member societies. Members to the three groups are recruited by recommendation and/or suggestions from the group themselves.

The groups and committees work independent, i.e. Council or ExCom are not influencing their agenda. The Scientific Committee deals with the program for the UEG Week, today the centerpiece of the UEG activities, being the largest GI meeting in the world. The Education Committee is delivering and disseminating cutting-edge, unbiased continuing medical education (CME) and supporting professional development¹. The Research Committee is encouraging innovation and excellence in research by facilitation and cooperation, e.g. participating in EU projects. The Quality-of-Care committee is striving to improve and harmonise patient care and practices across Europe: evidence-based guidelines, offered in the complimentary GI Guidelines app, are central in this regard. The voice and issues of National Societies are represented in each Committee through cross-representatives from the National Societies Committee. The Public Affairs Group is actively lobbying in Brussels as the united voice of European Gastroenterology for all topics within our major theme, i.e. Digestive Health². Equality & Diversity Group promotes exactly that within UEG but also for all of European Gastroenterology³. Finally, the Young Talent Group has turned out to become the rejuvenating fountain by recruits

Fig. 1: Organogram of UEG



from the Young talent pool where everybody can sign up (via myUEG), present themselves and offer their desired service to our federation.

The UEG Journal represents another feather in our cap: it has evolved in one of the best GI journals with 10k followers on social media and with an Journal Impact Factor of > 6. It is completely free access. From the Young talent pool, junior editors were recruited that learn the business of reviewing and running a journal under the wings of the seasoned editorial team.

Why is UEG of any interest to the NVGE? For the young gastroenterologists, it offers a chance to engage in interesting, even challenging work to shape the future of European Gastroenterology, in the Young talent group, UEG Journal and other committees. For those who represent the NVGE in any of the committees, our voice becomes heard. UEG offers travel grants to those attending UEG Week, short-time visits to hospitals or research groups in Europe, research stipends, postdoctoral awards, and a research prize. By becoming a myUEG Associate, all of the educational content including the recorded lectures from UEG Week as well as all other online webinars can be accessed via myUEG – a platform one can sign up for free⁴. This includes videos from endoscopy as well as a library of pictures (“image hub”) for educational purposes. Once signed up, one will receive information on all ongoing activities within UEG – online and face-to-face.

Further reading

1. Murray C. UEG Education—building on success. *United European Gastroenterology Journal* 2020;8:119-120.
2. Dugic A, Botos A, Burra P. The guts of the matter: UEG's role in European Union health policy developments. *United European Gastroenterol J* 2023;11:310-312.
3. Esposito I, Simsek C, Nowak A, et al. United European Gastroenterology Equality and Diversity Plan. *United European Gastroenterology J* 2023;11:484-487.
4. Dignass A, Cortez-Pinto H. Join the myUEG community and become an official myUEG Associate for free. *United European Gastroenterol J* 2021;9:1191-1192.
5. Löhr JM, Dominguez-Munoz E, Rosendahl J, et al. United European Gastroenterology evidence-based guidelines for the diagnosis and therapy of chronic pancreatitis (HaPanEU). *United European Gastroenterol J* 2017;5:153-199.
6. Löhr JM, Beuers U, Vujasinovic M, et al. European Guideline on IgG4-related digestive disease – UEG and SGF evidence-based recommendations. *United European Gastroenterology J* 2020;8:637-666.
7. Miehlik S, Guagnozzi D, Zabana Y, et al. European guidelines on microscopic colitis: *United European Gastroenterology and*

Within this platform and the “my Connect” feature, one can form an online forum for any purpose or search for a colleague with a special interest or knowledge. UEG also offers meeting rooms for so-called common interest groups that will receive time and space during an UEG Week to physically meet.

The Netherlands have fared well so far with UEG with a former president. Now we have a Dutch vice president and secretary-general and Dutch physicians have participated in several guidelines. In fact you have participated in the first ever⁵ and two more UEG evidence-based guidelines^{6,7}. Nevertheless, considering the strength of Dutch Gastroenterology, members of NVGE could both make more use and engage more on the European level – to shape the future of European gastroenterology together⁸. The landscape of education, exams⁹, industrial support and policy will change with challenges from the environment¹⁰ to artificial intelligence^{11,12}. Become a myUEG Associate and evaluate the many opportunities yourself and join me in shaping the future of European gastroenterology¹³.

Auteurs:

Prof. dr. J.-Matthias Löhr, Karolinska Institutet. President, UEG;
Prof. dr. Joost PH Drenth, Amsterdam UMC. Vice President, UEG;
Prof. dr. Jeanin van Hooft, LUMC. General Secretary, UEG.

- European Microscopic Colitis Group statements and recommendations. *United European Gastroenterology J* 2021;9:13-37.
8. Cortez-Pinto H, van Hooft J, Koletzko B, Löhr J-M. UEG's prospects for the future. *United European Gastroenterology Journal* 2022;10:1202-1204.
9. Domislovic V, Krznaric Z, Heinrich H. Young GI angle: European Specialty Examination in Gastroenterology and Hepatology exam: Tips and tricks. *United European Gastroenterology J* 2023;11:907-910.
10. Duijvestein M, Sidhu R, Hann A, et al. Task force greener gastroenterology: Towards eco-friendly practices in healthcare. *United European Gastroenterology J* 2023;11:394-395.
11. Weigt J. Pouring some water into the wine—Poor performance of endoscopists in artificial intelligence studies. *United European Gastroenterology J* 2022;10:793-794.
12. Siau K, Berzin TM. Fine-tuning the artificial intelligence experience in endoscopy. *United European Gastroenterology J* 2022;10:449-450.
13. Löhr JM. UEG onwards & upwards: A president's perspective. *United European Gastroenterol J* 2024;12:155-156.



Leven en werken in Nieuw-Zeeland, uitdaging en aanrader!

Op 1 februari startte ik in Hamilton (NZ) als “Consultant Gastroenterologist” in Waikato Hospital op het noordoost-eiland, een ziekenhuis met 800 bedden. De eerste drie maanden onder supervisie, want de Medical Council gaat niet over 1 nacht ijs! NZ is een prachtig land met heel veel aardige en behulpzame mensen van overal vandaan, met veel respect voor alle culturen waaronder die van de Maori. Het is opvallend hoe makkelijk al die culturen hier samenleven. Marischka en ik vonden snel een mooi appartement en na twee maanden voelen we ons behoorlijk thuis.

Het patiënten aanbod is verrassend. Er is een verzekering van de overheid voor alle ingezetenen (behalve voor een MDL-arts met een tweejarig visum) en er is particuliere verzekering. Gezien de beperkte capaciteit in het ziekenhuis, moet je zonder particuliere verzekering vaak erg lang wachten op zorg en is er ook heel veel gewoon niet beschikbaar. Het aantal biologicals voor IBD is bijvoorbeeld beperkt tot vijf stuks, waarmee de overheid de kosten onder controle houdt. Een enorm verschil met NL of wordt dit over vijf jaar in NL ook de standaard? Surveil-

lance intervallen voor endoscopie worden ook flink opgerekt en opvallend genoeg wacht iedereen rustig tot men aan de beurt is. Daarnaast is het land dermate groot en dun bevolkt dat door de enorme afstanden mensen vaak lang doorlopen met hun klachten en ik schrik met enige regelmaat van de ernst van de pathologie.

Voor degenen die particulier verzekerd zijn (ongeveer 30%), zijn er een groot aantal privéklinieken, vaak tegenover het ziekenhuis, waar snelle toegang wel voor handen is. En daar verdienen mijn collegae op een dag in de week een stevige aanvulling op het salaris van het ziekenhuis. Voor mij is dat een “non-clinical” dag waarop we langzaam steeds verder Nieuw-Zeeland exploreren.

We zijn enorm blij dat we deze stap hebben gezet. Wel is een maximale verhuizing (18500 km), met achterlaten van volwassen kinderen en twee piepjonge kleinkinderen, behoorlijk ontwrichtend. De comfortzone was de eerste maand vrij ver te zoeken maar is inmiddels binnen bereik!

Paul Fockens

Peter Siersema erelid van de NVGE



Afgelopen maart hebben we met veel trots Prof. dr Peter Siersema als erelid van de NVGE mogen benoemen. Velen van ons zien Peter als een Rotterdammer in hart en nieren en Peter maakt zijn rondreis ook af: van Rotterdam naar Utrecht naar Nijmegen en nu weer terug naar Rotterdam.

De publicatie lijst van Peter Siersema met bijna 800 vermeldingen is indrukwekkend. En in de functie als editor voor Endoscopy is het journal enorm gestegen in impact naar echt een hoger niveau.

De vereniging heeft ons allemaal geholpen bij de eerste stappen binnen de wetenschap. Het is dan ook niet gek dat je voor zo'n vereniging iets terug wilt doen en Peter werd voorzitter om er richting aan te geven. Dat is bijna intrinsieke motivatie. De NVGE met passie besturen. Leaders in de wetenschap uitnodigen om inspirerende verhalen te ver-

tellen, jonge onderzoekers een podium geven en financieel ondersteunen. Het zorgt er ongetwijfeld voor dat de jonge garde ook weer zo'n motivatie krijgt voor de wetenschap en de vereniging. Zo is de cirkel rond en blijft een vereniging draaien.

Peter is 7 jaar lang voorzitter geweest van de NVGE en de vereniging heeft veel voordelen mogen ervaren in deze jaren. In 2018 werd het 105 jarig lustrum van de NVGE gevierd met een prachtig feest en diner in Veldhoven. In het laatste half jaar van Peter zijn voorzitterschap werden we met Covid geconfronteerd en moesten we bliksemsnel schakelen naar online bijeenkomsten, wat uitstekend verliep. Peter strikte samen met Guido Tytgat top wetenschapper Hans Clevers voor de Tytgat lecture, die deze met veel plezier in de Avex studio kwam geven.

Hartelijke groet, Namens het NVGE bestuur,
Andrea van der Meulen

In deze rubriek kondigen wij graag de tweede editie van de NVGE PhD Netwerk Summer School aan, welke plaats zal vinden op **vrijdag 21 juni 2024**. De dag duurt van 10.00-15.45 uur en vindt plaats in Vergadercentrum Vredenburg (Vredenburg 19, 3511 BB Utrecht), gelegen op ongeveer 4 minuten lopen vanaf station Utrecht centraal. Voor deze editie is het volgende gevarieerde programma samengesteld:

PhD Netwerk Summer School

Vrijdag 21 juni 2024 - Vergadercentrum Vredenburg, te Utrecht

10.00 - 10.30 Inloop met koffie/thee

10.30 - 11.30 Datavisualisatie: tips en tricks voor de beste presentatie van jouw onderzoeksdata

Spreker: Sara Sprinkhuizen (the Data Vision Lab)

Sara Sprinkhuizen is gespecialiseerd in datavisualisatie en zal ons voorzien van de beste tips en tricks om onderzoeksdata op een visueel aantrekkelijke manier te presenteren.

11.30 - 12.15 Inclusiviteit in wetenschappelijk onderzoek

Spreker: Megan Engels (arts-onderzoeker LUMC, bestuurslid Roze In Wit)

Hoe kunnen we ervoor zorgen dat wetenschappelijk onderzoek toepasbaar is op een diverse groep mensen? Megan Engels zal ons meenemen in (het belang van) inclusiviteit in wetenschappelijk onderzoek.

12.15 - 13.15 Lunch

13.15 - 14.45 Workshop: Welke invloed hebben jouw drijfveren op samenwerken?

Spreker: Monic Groenendaal (trainingsmanager Farma en Health, partner Management Drives)

Aan de hand van de zes kleuren van Management Drives krijg je in deze workshop meer inzicht in de invloed van jouw eigen drijfveren op je communicatie, persoonlijk leiderschap en samenwerking met anderen.

14.45 - 15.00 Koffie/thee pauze

15.00 - 15.45 Collegetour sessie: is een onderzoekcarrière te combineren met werken in de periferie?

Spreker: Desiree Leemreis-van Noord (MDL-arts Franciscus Gasthuis & Vlietland)

In deze collegetour sessie vertelt Desiree Leemreis-van Noord over haar ervaringen met het combineren van een wetenschappelijke carrière en werken in de periferie.

Kortom, een dag die je absoluut niet wil missen!

Deelname is gratis en voor koffie, thee en lunch wordt gezorgd. Na afloop van het programma is er ruimte voor een gezamenlijke borrel met mogelijkheid tot netwerken om de dag gezamenlijk af te kunnen sluiten.

Leden van het NVGE PhD Netwerk ontvangen een uitnodiging inclusief inschrijflink per mail. Heb je vragen over de Summer School? Of interesse om lid te worden van

het PhD Netwerk? Aarzel niet om contact met ons op te nemen via nvgephdbestuur@gmail.com!

Bestuur NVGE PhD Netwerk

Ayla Thijssen, voorzitter, Maastricht UMC+, *Querijn van Bokhorst*, secretaris, Amsterdam UMC, *Anke Onnekink*, commissaris communicatie, Leids UMC, *Colette Stropak*, commissaris extern, UMC Groningen, *Elyke Visser*, commissaris communicatie, Franciscus Gasthuis & Vlietland

Videosymposium Gastro-intestinale Endoscopie

Op **donderdag 12 september** a.s. organiseert de sectie Gastrointestinale Endoscopie weer het videosymposium tijdens de DDD in het NH Conference Center Koningshof, Veldhoven. Nadere informatie volgt.

Wij roepen MDL-artsen (i.o.), kinderartsen (i.o), chirurgen (i.o.), verpleegkundig endoscopisten en andere geïnteresseerden die een inspirerende, creatieve, innovatieve, opmerkelijke óf educatieve endoscopische video hebben gemaakt op, om deze in te sturen naar het secretariaat van de NVGE, inclusief een korte PowerPoint presentatie.

U kunt uw video via WeTransfer sturen naar congres@nvge.nl in MPEG/MP4, graag onder vermelding van "video casus DDD 12 september 2024". Geeft u daarbij ook a.u.b. de gewenste categorie aan waarvoor deze video wordt ingestuurd, namelijk:

1: Creatief

2: High-tech/innovatief

3: Educatief

Het streven is een maximale presentatietijd van 5 minuten, met videolengte van 3 minuten en een PowerPoint van 2 minuten, óf een video van totaal 5 minuten zonder extra presentatie. (PowerPoint presentatie: maximaal 3 dia's casus en 2 dia's bespreking).

De deadline voor het indienen van zowel de PowerPoint presentatie als de video casus is 1 juli a.s. In verband met het samenstellen van het programma dient uw inzending echt uiterlijk deze datum bij ons binnen te zijn.

Met vriendelijke groet,

Akin Inderson, MDL-arts,
commissielid Sectie Gastrointestinale Endoscopie



Gerard Dijkstra ontvangt de NVGE Inspiratorprijs

De afgelopen 30 jaar is de Frieda den Hartog Jager prijs – vernoemd naar de Amsterdamse oncologe, een gedreven en inspirerend voorbeeld – een tweejaarlijks terugkerende prijs geweest voor een lid die zich op bijzondere wijze heeft onderscheiden op het gebied van de gastro-intestinale oncologie. De NVGE heeft besloten vanaf 2024 deze prijs wat breder te trekken en voortaan tweejaarlijks een Inspiratorprijs uit te reiken aan een lid van de vereniging die zich op bijzondere wijze onderscheidt en een rolmodel is voor de jongere generatie.

In Veldhoven werd dit jaar de NVGE Inspiratorprijs uitgereikt aan prof. dr. Gerard Dijkstra, hoogleraar inflammatoire darmziekten en dunne darm transplantatie in het UMCG. Er zullen weinig NVGE leden zijn die Gerard niet kennen door zijn onuitputtelijke enthousiasme voor het MDL vak in de breedste zin, het wetenschappelijk onderzoek, de zorg voor de IBD patiënten en het inspireren van de nieuwe generatie MDL artsen en onderzoekers.

Gerard is al zijn hele carrière een energieke duizendpoot op vele vlakken. Hij is actief in de (ontwikkeling van) klinische zorg, het (translationeel) wetenschappelijk onderzoek en ook in het bestuur van landelijke gremia. Zo heeft hij zich meer dan 20 jaar ingezet voor verschillende commissies binnen de NVMDL en de NVGE en was hij mede-oprichter van de Initiative on Crohn and Colitis (ICC). Hij heeft zich hard gemaakt voor het integreren van wetenschap in de zorg door het gestructureerd vastleggen van data en, samen met meerdere centra, ontwikkelen van eHealth modules. Met enthousiasme heeft hij de laatste jaren ook het regio netwerk IBD-north opgezet met als doel om voor iedere IBD patiënt dezelfde zorg te garanderen in de regio en de samenwerking en data uitwisseling tussen de ziekenhuizen onderling te optimaliseren.

Gerard heeft veel promovendi begeleid in zowel basaal als klinisch onderzoek op het gebied van IBD, voeding en dunne darmtransplantatie. Dit heeft geleid tot meer dan 350 publicaties. Iedere onderzoeker die met Gerard samenwerkt wordt geraakt door zijn enorme kennis en creativiteit. Hij

heeft als clinical scientist een belangrijke voorbeeldfunctie voor de nieuwe generatie medici die een academische carrière ambiëren.

Uiteindelijk ligt zijn hart toch bij de patiëntenzorg en het optimaliseren van de zorg voor de patiëntengroepen die aan hem toevertrouwd zijn. Daarin is hij ook een grote inspirator voor iedereen die binnen en buiten het UMCG met hem samenwerkt. In de loop der jaren heeft hij aan de wieg gestaan voor het opzetten van het IBD-centrum, het technisch voedingssteam en het darmfalen en dunne darm transplantatie centrum in het UMCG. Hij leidt al deze centra met veel energie en met veel plezier en inspireert alle betrokkenen om extra stappen te zetten waar dat nodig is. Voor de AIOS is hij een voorbeeld door zijn toewijding aan de patiëntenzorg en zijn voorliefde voor casuïstiek waarbij het echt ingewikkeld wordt, dit kan zowel inhoudelijk zijn als op psycho-sociaal vlak. Daarnaast heeft Gerard een goed oog voor zijn collega's en doet met liefde een stap opzij om nieuw talent een kans te geven.

Dr. M.C. Visschedijk, MDL-arts UMCG

Prof. dr. R.K. Weersma, MDL-arts UMCG



Terugblik Radiologie

In het programma van DDD 2024 waren drie sessies opgenomen waarin de samenwerking tussen MDL-artsen en interventieradiologen centraal stond. Zo konden deelnemers kennis opdoen van de laatste ontwikkelingen op het gebied van minimaal-invasieve, beeldgeleide behandeling van levertumoren, gastro-intestinale bloedingen en portale hypertensie. Blijkens de vele positieve reacties is het programma zeer goed ontvangen, zowel door MDL-artsen als

interventieradiologen. De voordrachten werden beoordeeld als onderhoudend en leerzaam met tal van praktische tips voor de dagelijkse praktijk. Een programma met sessies over radiologische interventies is zeker voor herhaling vatbaar!

Marc Burgmans

Goede zorg is duurzame zorg

'Als arts ben je je bewust van de relatie tussen gezondheid, klimaat en milieu. Je zet je in voor een duurzame zorgsector en gezonde leefwereld.' (KNMG gedragscode voor artsen, 2022)

In 2022 gaf de Gezondheidsraad een advies waarin benadrukt werd dat het van belang is om naast veiligheid, effectiviteit, doelmatigheid en cliëntgerichtheid, duurzaamheid tot norm te maken voor kwalitatief goede zorg. Dit vraagt onder meer dat duurzaamheid een plek krijgt in de strategische visie van zorginstellingen, in medische richtlijnen en in de opleiding van zorgpersoneel. Ook zijn er aanpassingen nodig in de hele keten van ontwerp, productie, gebruik en afvalverwerking van hulpmiddelen. Ook worden klimaat- en milieu-impact in het Integraal Zorgakkoord (IZA) benoemd als belangrijke aspecten in het maken van keuzes in de zorg. Met dit in gedachten wordt er vanaf heden ook aandacht

besteed aan de duurzaamheid van ingediende abstracts. Tijdens de DDD van maart 2024 zijn er voor het eerst twee oorkondes uitgedeeld aan de meest duurzame abstract inzendingen. Op woensdag werd de oorkonde 'Inzicht in impact op klimaat' uitgereikt aan P. Laemmer voor het abstract 'Unveiling the environmental footprint of colonoscopies in a Dutch university hospital: A life cycle assessment.' Op donderdag werd aan F.E. Marijnissen de oorkonde 'Less is more' uitgereikt voor het abstract 'Reducing outpatient visits in FIT-based CRC screening program - feasibility of a Digital Intake Tool!'

TERUGBLIK PRIJSWINNAARS PROEFSCHRIFTPRIJS

Pengfei Li wint de NVGE Gastrointestinale proefschriftprijs 2023

Tweede prijswinnaar: Arno Bourgonje

Tackling Emerging Viral Diseases with Epidemic Potential

Despite advances in modern medicine, viral diseases consistently pose major public health, economic and societal burdens throughout the world. In fact, a large number of endemic and epidemic viruses invade the digestive system, either primarily or secondarily, causing billions of infection episodes annually. This PhD dissertation employs a multidisciplinary approach that integrates epidemiology, clinical research, mathematics, virology and

organoid technology, to systemically explore hepatitis E virus, coronavirus and monkeypox virus - each having a profound impact to the digestive system.

Part II of the thesis: Hepatitis E virus (HEV) is the main cause of acute hepatitis worldwide. Through performing a large-scale meta-analysis, an estimated number of approximately 939 million individuals worldwide were found to have ever experienced HEV infection which corresponds to 1 in 8 individuals. This underscores the need to further explore

the biology of HEV infection and develop effective therapeutics, which in turn requires robust experimental models. In this dissertation, it was demonstrated that human fetal and adult liver-derived organoids are highly permissive to HEV replication and support the full life cycle of infection. Through screening a safe-in-human broad-spectrum antiviral agent library in liver organoids-based HEV models, multiple agents were identified that can potentially inhibit HEV infection. Given HEV's primary mode of transmission is enteric, indicating the intestine as a potential site of infection, the possibility of employing primary intestinal organoids for modelling HEV infection was explored. The ability of human primary intestinal organoids to fully support HEV infection was demonstrated. Collectively, these human organoids-based models opened avenues for studying HEV pathogenesis, virus-host interactions and developing antiviral therapies.

Part III of the thesis: During the COVID-19 pandemic, immunocompromised populations, for example patients with inflammatory bowel disease, have faced a higher risk of



developing chronic SARS-CoV-2 infections. Such chronic infections can potentially accelerate viral evolution. To mitigate this risk, a specific monitoring and managing strategies for these vulnerable individuals was proposed, such as mono- and combination treatment with direct-acting antiviral drugs for treating the SARS-CoV-2 infection. As immunosuppressants are frequently taken by these patients, the effects of immunosuppressants and the combination of immunosuppressants with oral antiviral drugs molnupiravir and nirmatrelvir on pan-coronavirus infection were extensively profiled. Interestingly, 6-TG, MPA, tofacitinib and filgotinib were found to be possessing pan-coronavirus antiviral activity. The combinations of MPA, 6-TG, tofacitinib and filgotinib with antiviral drugs exerted an additive or synergistic antiviral activity. These findings provide an important reference for optimal management of immunocompromised patients infected with coronaviruses.

Part IV of the thesis: In 2022, with the COVID-19 pandemic still evolving, the world faced another global health emergency—mpox (formerly known as monkeypox) outbreak. Skin lesions are the most classical symptom by monkeypox virus (MPXV) infections. Therefore, MPXV infections were recapitulated in human Induced Pluripotent Stem Cells (iPSC)-derived skin organoids. With this skin organoid-based infection model, MPXV-host interactions were further explored and the efficacy of anti-smallpox drug tecovirimat was tested for treating mpox. In addition to skin lesions, severe rectal complications including rectal bleeding and proctitis, are affecting nearly 25% of all patients during the current mpox outbreak. To advance the understanding of MPXV-associated rectal manifestations, human intestinal organoids were used to model MPXV infections. Currently, I am further developing macrophage-augmented intestinal organoids for simultaneously recapitulating MPXV infection and corresponding inflammatory responses.

Over de auteur

Pengfei Li comes from Laiyang city of Shandong province, China. He majored in Veterinary Medicine during the BSC and MSC studies in China. In 2018, he moved to the Netherlands and started his PhD research at Department of Gastroenterology and Hepatology, Erasmus University Medical Center. He graduated cum laude on June 13, 2023, from Shortly after his PhD defence, Pengfei initiated his own research group named 'Infection and inflammation within the gut-liver axis' in the same laboratory. Currently, his new group mainly focuses on inflammatory bowel disease and primary sclerosing cholangitis.

Referenties

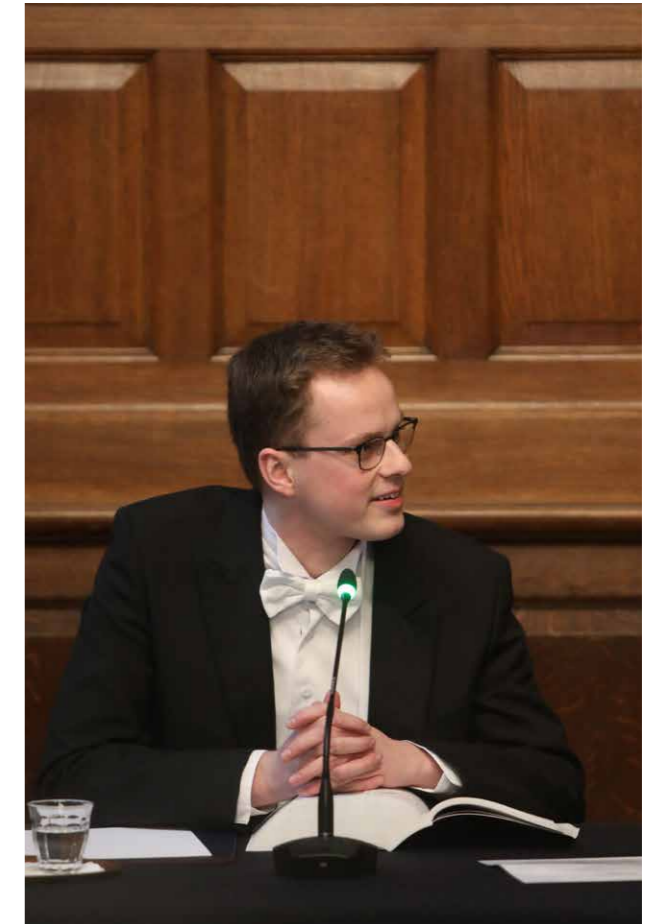
(1) Li, P. (2023). Tackling emerging viral diseases with epidemic potential. [Doctoral Thesis, Erasmus University Rotterdam].

Tweede prijswinnaar: Arno Bourgonje

Biomarker signatures in pathophysiology and therapeutic interventions in inflammatory bowel diseases: a multimodal approach

Inflammatoire darmziekten (IBD) worden gekenmerkt door een afwisselend ziektebeloop dat moeilijk is te voorspellen en te behandelen. De huidige gedachte is dat een samenspel tussen genetische factoren, verstoringen in de darmflora, een afwijkende reactie van het immuunsysteem, leefstijl- en omgevingsfactoren ten grondslag ligt aan het ontstaan van de ziekte. Gezien de complexe, ongelijksoortige en onvoorspelbare aard van de ziekte bestaat er daarom een grote behoefte aan 'biomarkers'. Deze biomarkers kunnen helpen bij de vroege opsporing van ziekte, de beoordeling van ziekteactiviteit en ziektecomplicaties en bij het voorspellen van de effectiviteit van behandeling. Daarmee kunnen biomarkers helpen in het verbeteren van de zorg voor patiënten met IBD en deze onder andere efficiënter en patiëntvriendelijker maken.

Het overkoepelende doel van het promotieonderzoek van Arno Bourgonje was om biomarkers te identificeren en toe te passen bij patiënten met IBD, waarbij speciale aandacht uitging naar de onderliggende ziektemechanismen die hierbij betrokken zijn. De voorspellende waarde van biomarkers werd onderzocht in relatie tot meerdere ziekte-uitkomsten, waaronder inflammatoire ziekteactiviteit, ziektecomplicaties en respons op biologische therapie. Daarbij werden ook de effecten van specifieke voedingsinterventies en medische behandelingen bestudeerd. Biomarkers werden gezocht vanuit verschillende ziektemechanismen en biologische systemen, waaronder het immuunsysteem (deel I), ontsteking, barrièrefunctie en fibrose (deel II), schade door vrije zuurstofradicalen (oxidatieve stress) (deel III) en vervolgens de effecten van voedingscomponenten (vezels, vitamines) en geneesmiddelen (biologicals) op deze biomarkers (deel IV). Daarnaast werden complexe interacties tussen deze factoren, die ten grondslag kunnen liggen aan de ziekte, nader onderzocht. Tot slot werd ook aandacht geschonken aan de wetenschappelijke en klinische gevolgen van het coronavirus (SARS-CoV-2), de veroorzaker van COVID-19, voor patiënten met IBD (deel V). Hierbij werden de onderliggende ziektemechanismen van COVID-19 bestudeerd evenals de rol van biomarkers en de klinische consequenties van de COVID-19 pandemie voor patiënten met IBD. Met het onderzoek beschreven in dit proefschrift (1) werd gepoogd om een bijdrage te leveren aan de ontrafeling van ziektemechanismen en de identificatie van innovatieve biomarkers voor IBD. Hierbij werd een 'systeemgeneeskundige' benadering gevolgd door



zowel klinisch-, laboratorium-, als data-gedreven onderzoek te verrichten.

Over de auteur

Arno Bourgonje (Leeuwarden, 1996) studeerde geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen (RUG) (summa cum laude). In 2018 startte hij met promotieonderzoek binnen het MD/PhD-programma in het Universitair Medisch Centrum Groningen onder begeleiding van Gerard Dijkstra, Klaas Nico Faber, Harry van Goor en Rinse Weersma. Arno studeerde af in 2021 en promoveerde op 1 februari 2023 (cum laude). Inmiddels werkt hij als postdoctoraal arts-onderzoeker bij de Icahn School of Medicine at Mount Sinai in New York, de Verenigde Staten, onder begeleiding van Jean-Frédéric Colombel en Saurabh Mehandru.

Referenties

(1) Bourgonje AR. Biomarker signatures in pathophysiology and therapeutic interventions in inflammatory bowel diseases: a multimodal approach. University of Groningen, 2023. doi: <https://doi.org/10.33612/diss.251123116>.

Gastrostart subsidie

De subsidie is bedoeld om onderzoekers in de gelegenheid te stellen voorbereidend onderzoek te verrichten, c.q. technieken operationeel te maken, op grond waarvan een goed onderbouwd subsidieverzoek bij een andere subsidiegever, zoals bijvoorbeeld de MLDS, kan worden ingediend.

De beoordelingscriteria zijn onlangs gewijzigd ten opzichte van voorgaande jaren. Vanaf heden hebben aanvragen

waarbij de projectleider een *junior onderzoeker* is, een grotere kans op het verkrijgen van de subsidie. Dit kunnen dus junior onderzoekers zijn die een PhD traject uitvoeren of die reeds een PhD behaald hebben. Het wijzigen van deze criteria resulteerde in een recordaantal inzendingen, maar liefst 43 aanvragen werden ingediend.

Tijdens de Digestive Disease Days van maart werden de subsidies en oorkondes uitgereikt aan:

Dr. I.E.G. Hellemond

'A microfluidic platform for combinatorial drug screening in gastrointestinal canceris'

Dr. I.J.N. Koppen

'Pilotstudie naar de toepasbaarheid van microfocus computed tomography (micro-CT) voor de evaluatie van morfologische veranderingen in de darmwand van kinderen met therapieresistente functionele obstipatie'

Dr. K.V. Basiliya

'Urine chloor dipstick als biomarker van vroege decompensatie in levercirrose'

Drs. B.J.M. Thomassen

'Feasibility studie van de SACRA trial: lifeStyle And ColoRectal cArcinoma; Integrating lifestyle medicine in the treatment and follow-up of cured colorectal cancer (CRC) patients'

Dr. D. Seinstra

'The role of the cell-of-origin of young-onset colon carcinoma in the context of inflammation and Western dietary and lifestyle habits'

Msc. L. Magré

'Exploiting ex vivo tumor biopsy cultures to predict clinical outcome in hepatocellular carcinoma after immunotherapy'



Uitgereikte Gastrostart subsidies tijdens de DDD



Vader:

- Naam: Bas Oldenburg
- Geboortedatum: 23-10-1962
- Beroep: MDL-arts
- Nu werkzaam in: UMCU, Utrecht

Dochter:

- Naam: Lotte Oldenburg
- Geboortedatum: 01-11-1995
- Beroep: Arts-onderzoeker
- Nu werkzaam in: Amsterdam UMC, Amsterdam

De appel valt niet ...

... ver van de Maag, Darm en Leverboom.

De opleidingsrichting van de ouders bepaalt voor een belangrijk deel de opleidingsrichting van hun kinderen (bron CBS). Overerving van de opleidingskeuze bestaat binnen veel sectoren, en ook zeker binnen het ziekenhuis.

Binnen onze beroepsvereniging zijn talloze voorbeelden van directe overerving van het MDL-gen. En dit terwijl het veld waarin de MDL-arts, GE-chirurg of wetenschapper zich begeeft snel verandert. Is de passie voor het vak er met de paplepel in gegoten? Wat waren de overwegingen om voor het vak te kiezen? Is het vak van de huidige generatie eigenlijk nog wel te vergelijken met dat van de vorige generatie?

Wanneer ging je voor het eerst mee naar het werk van je vader?

Lotte: Ik denk dat ik voor het eerst meegang naar het UMCU toen Bas dienst had, op een zaterdag- of zondagmiddag en een spoed gastroscopie moest doen. Ik was met een vriendin thuis aan het spelen, dus wij gingen allebei mee de auto in naar het ziekenhuis. Ik kan me herinneren dat we in een andere kamer mee konden kijken met de beelden van de scopie. Mijn vriendin vond het helemaal niet leuk, ze vond de beelden nogal griezelig, maar ik had daar minder last van. Of ik door had wat er precies gebeurde...

Wanneer werd duidelijk dat dochter misschien wel eens het vak van vader achterna zou gaan?

Bas: Ergens in de eerste of tweede klas van de lagere school gaf Lotte te kennen 'moeder dokter' te willen worden. Dit komt overigens meer doordat Christine, mijn wederhelft, ook arts is, vermoed ik.

Lotte: Het werd tijdens mijn coschappen duidelijk dat mijn voorkeur bij de MDL ligt, en zo ben ik ook mijn semi-arts stage bij de MDL gaan doen.

Waarom heb je het zelfde vak als je vader gekozen?

Lotte: De reden dat ik voor de MDL heb gekozen is niet perse omdat mijn vader dit deed. Ik merkte tijdens mijn semi-arts stage dat ik me enorm op mijn plek voelde bij de MDL. Er was direct een klik met mijn collega's en de sfeer was heel goed. En in het Amsterdam UMC merk ik hetzelfde, er wordt hard gewerkt, maar er is ook altijd ruimte voor humor. Ik denk dat deze combinatie ook mijn vader heeft aangesproken. Je krijgt vanuit huis natuurlijk wel het een en ander mee, maar of dat van dermate invloed is geweest, dat denk ik niet.

Ooit vader in praktijk gezien?

Lotte: Ja ik heb hem een aantal keer zien scopiëren en een aantal praatjes zien geven, zeker nu we elkaar regelmatig op congressen ook tegen komen. In het begin wist ik niet goed wat ik me hierbij moest voorstellen en dacht ik dat het misschien een beetje ongemakkelijk zou kunnen zijn. Maar zo is het totaal niet gebleken, en is het juist leuk elkaar tegen te komen! Ook om ideeën en meningen te kunnen delen.

Zelfde regio gaan werken of juist niet?

Lotte: Dit is wat ons betreft geen onderwerp van discussie.

Was er een bepaalde verwachting/druk vanuit thuis?

Lotte: Nee totaal niet!

Zou je je eigen kind ook motiveren om arts te worden? Waarom wel/niet?

Lotte: JJa want het is het leukste vak dat er is!

Is de manier waarop dochter het vak uitoefent eigenlijk wel te vergelijken met de manier waarop vader/moeder het uitoefent?

Bas: De inhoud van onze huidige werkzaamheden verschilt aanzienlijk (combinatie onderzoek, onderwijs en kliniek vs. vooral onderzoek), dus dit is lastig vergelijkbaar. Ik ben hiernaast opgeleid in de jaren '90 van de vorige eeuw: een compleet andere tijd waarin opleiding naast een promotietraject

DE APPEL VALT NIET...

heel gewoon was, er nog niet veel richtlijnen en protocollen bestonden, de administratie beperkt bleef, en de hiërarchie wat nadrukkelijker vormgegeven was. Bovendien was het aantal gastro-enterologen in Nederland nog overzichtelijk: ergens rond de 150. De voor- en najaarsvergadering van de NVGE (nu tijdens DDD) was één grote reünie. De huidige inrichting van het vak en opleiding is duidelijker, in veel opzichten beter, maar niet alles wat veranderd is beter.

Welke input die je thuis krijgt van je dochter neem je mee in je dagelijkse werk als opleider MDL?

Bas: Het is goed om de wereld van de MDL-arts door de ogen van je dochter of zoon te zien. Hierdoor heb ik nog wat meer oog gekregen voor de wensen en ideeën van de huidige generatie.

Welke lessen van je vader zijn er bij gebleven bij het kiezen van je carrièrepad binnen de MDL?

Lotte: Altijd nieuwsgierig en kritisch blijven. Het belangrijkste is iets te doen wat je leuk vindt en uitdagend blijft vinden.

Welk advies zou je als vader je dochter willen meegeven?

Bas: Elke dag fluitend naar je werk, uitdagingen houden, maar wel keuzes blijven maken.

Welk advies geef jij je vader mee?

Lotte: Blijf volop van je werk genieten (ik weet dat je dit een van de leukste dingen vindt om te doen), ga erop uit en nu de zomer in aantocht is: meedoen met de Ronde van Nijmegen?

WERK GROEP ICC

Initiative on Crohn and Colitis

Het 'Initiative on Crohn and Colitis' (ICC) is in 2003 opgericht met het doel de kwaliteit van leven van patiënten met inflammatoire darmziekten (IBD) te verbeteren. Door de jaren heen, is het ICC gegroeid en bestaat uit bijna 20 deelnemende ziekenhuizen verspreid door heel Nederland. Zodoende kunnen nieuwe ontwikkelingen en wetenschappelijke kennis op het gebied van IBD laagdrempelig gedeeld en samenwerking geïnitieerd worden. Het ICC komt meermaals per jaar bijeen om dit te bewerkstelligen, waarbij er ruimte is voor discussie en het bespreken van nieuwe studievoorstellen.

Het ICC vertegenwoordigt alle zorgverleners die mensen met IBD behandelen, waaronder de chirurgen (ICC-Surgery), kinderartsen (K-ICC) en jonge artsen en onderzoekers (Y-ICC). Daarnaast onderhoudt het ICC nauwe samenwerkingsverbanden met de patiëntvereniging Crohn & Colitis NL en Maag Lever Darm Stichting (MLDS). Het dagelijks bestuur bestaat uit Marjolijn Duijvestein (voorzitter), Mark Löwenberg (secretaris) en de penningmeesters zijn Marieke Pierik en Zlatan Mujagic. Sinds 2005 draagt het ICC bij aan het Parelsnoer initiatief (Parelsnoer-IBD), een prospectief bijgehouden, ziektespecifieke biobank waar geanonimiseerde karakteristieken van patiënten worden vastgelegd en gevolgd in de tijd. Op de website staat een expertpanel en ieder jaar op de vierde dinsdag in september vindt het goedbezochte ICC congres plaats.

Het ICC Register

Echte real-world data over de "efficacy" en effectiviteit van

medische behandelingen tegen IBD ontbreken vaak, vooral op de lange termijn. Om deze kennislacune te vullen, heeft het ICC, het ICC-register (ICC Registry) ontwikkeld. Het ICC-register is een prospectieve cohortstudie die gegevens verzamelt over het gebruik van biologicals en small molecules voor de behandeling van IBD in de dagelijkse praktijk. Dit omvat niet alleen medische voorgeschiedenis, maar ook mogelijke complicaties en andere bijwerkingen die mogelijk verband houden met de medicatie. Het ICC-register werd in de eerste plaats ontwikkeld door Vince Biemans, daarna voortgezet door Tessa Straatmijer, die respectievelijk in 2021 en 2023 hun proefschrift verdedigden. Loriane Verleye is in oktober 2023 gestart. Zij gaat onder meer het ICC-register verder uitbreiden en moderniseren.

IBD en chirurgie

Samenwerking tussen de chirurgen en MDL-artsen is essentieel in de behandeling van IBD patiënten, zowel klinisch als op wetenschappelijk niveau en vormt de hoeksteen van dit samenwerkingsverband. Met deze reden is enkele jaren geleden het Initiative on Crohn and Colitis Surgery (ICC-S) opgericht als counterpart van het ICC met als doel de kwaliteit van zorg rondom de chirurgische IBD patiënt te verbeteren. Michiel Bak is als eerste arts-onderzoeker verbonden aan het ICC-S en coördineert de eerste ICC-S geïnitieerde studie, in nauwe samenwerking met het ICC, namelijk de ALERT-CD studie welke de behandeling van Crohnse perianale fistels en de kwaliteit van leven van deze patiëntenpopulatie in kaart heeft gebracht in 41 Nederlandse ziekenhuizen. Daarnaast wordt er onderzoek gedaan naar het postoperatief recidief



Marjolijn Duijvestein



Mark Löwenberg



Michiel Bak



Dianne Bouwknecht



Myrthe Naber



Loriane Verleye

bij Crohn (RAP-CD studie) in zeventien aangesloten ICC centra. Vervolgonderzoek zal zich richten op de vroegdiagnostiek bij patiënten met een verdenking op de ziekte van Crohn en een snapshot naar de chirurgische en medicamenteuze behandeling van terminale ileïtis.

IBD en zwangerschap

IBD wordt veelal vastgesteld bij jongvolwassenen die een kinderwens kunnen hebben. Een deel van onze patiënten wordt zwanger na diagnose. Dianne Bouwknecht zet zich namens het ICC dan ook in voor onderzoek naar deze bijzondere situatie. In aangesloten centra worden studies uitgevoerd naar o.a. chirurgische thema's (bijv. zwanger zijn met een stoma of pouch) en medicamenteuze behandeling (bijv. farmacokinetiek van IBD-medicatie). Binnenkort wordt een nieuwe versie van het ICC-register gelanceerd, waarin ook een register voor zwangere patiënten geopend wordt. Op deze manier kan onderzoek in deze populatie prospectief uitgevoerd worden.

Afsluiting

Geïnteresseerd in deelname aan een van de studies van het ICC of het register? Of ideeën voor een nieuwe studie die

vanuit het ICC opgezet zou kunnen worden? Neem dan contact op met het dagelijks bestuur of een van de onderzoekers.

Auteurs:

dr. Marjolijn Duijvestein, MDL-arts RadboudUMC & voorzitter ICC
 dr. Mark Löwenberg, MDL-arts Amsterdam UMC & secretaris ICC
 drs. Michiel Bak, arts-onderzoeker Erasmus Medisch Centrum/IJsselland Ziekenhuis
 drs. Dianne Bouwknecht, arts-onderzoeker Universitair Medisch Centrum Groningen
 drs. Myrthe Naber, arts-onderzoeker Universitair Medisch Centrum Utrecht
 Loriane Verleye, onderzoeker Maastricht Universitair Medisch Centrum

Website	https://icc-ibd.com/
info@icc-ibd.com	Secretariaat ICC
d.g.bouwknecht@umcg.nl	Regio Noord
m.r.naber-2@umcutrecht.nl	Regio Midden
loriane.verleye@maastrichtuniversity.nl	Regio Zuid
m.bak@erasmusmc.nl	ICC-surgery

DDD SCIENCE 1

MAF-5 voorspelt fibrose risico en lange termijn uitkomsten in de algemene populatie met metabole dysfunctie

Laurens A. van Kleef, Sven M. Franque, Jhon E. Prieto-Ortiz, Milan J. Sonneveld, Carlos B. Sanchez-Luque, Robin G. Prieto-Ortiz, Wilhelmus J. Kwanten, Luisa Vonghia, An Verrijken, Christophe De Block, Zouhir Gadi, Harry L.A. Janssen, Robert J. de Knecht, Willem P. Brouwer. MAF-5 predicts liver fibrosis risk and outcome in the general population with metabolic dysfunction. *Gastroenterology*. 2024, Epub ahead of print. doi: 10.1053/j.gastro.2024.03.017 PMID: 38513745

Nederlandse samenvatting door:

dr. Laurens A. van Kleef, postdoc/AIOS MDL, Erasmus MC en dr. Willem Pieter Brouwer, MDL-arts, Erasmus MC.

MASLD en MASH nemen toe wereldwijd

Er is sprake van een enorme toename van MASLD (metabool

geassocieerde steatotische leverziekte) en MASH (metabool geassocieerde steatohepatitis). Ongeveer 1/3 van de wereldbevolking lijdt aan MASLD, waarvan ongeveer 1/4 complicaties ontwikkeld. MASLD en MASH zijn silent killers. Steatose leidt tot ontsteking en fibrose wat vervolgens kan leiden tot levercirrose, leverkanker en de noodzaak tot levertransplantatie. Al in de huisartsenpraktijk moet het risico voor de ontwikkeling of het hebben van een leverziekte, worden ingeschat.

Er is behoefte aan een accurate non-invasieve test

Voor de risicoschatting wordt in de huidige verwijsstrategieën van de EASL, AASLD en AGA de FIB-4 aanbevolen, een test die ontwikkeld is in een zeer selecte (en niet representatieve) patiëntengroep met zowel HIV als HCV. Alhoewel de



MAKE THE URGENT CHANGE WITH OMVOH



STERKE EN AANHOUDEnde KLINISCHE REMISSIE*



SNELLE SYMPTOOM-REDUCTIE INCLUSIEF BOWEL URGENCY#



VEILIGHEIDSPROFIEF VERGELIJKBAAR MET PLACEBO^{2§}

Omvoh is geïndiceerd voor de behandeling van volwassen patiënten met matig tot ernstig actieve colitis ulcerosa die onvoldoende hebben gereageerd op, of intolerant waren voor conventionele therapie of een biologische behandeling.

* 46% van de patiënten die eerder faalden op een biological of een JAKi behalen klinische remissie in wk 52.² Van de patiënten die in remissie zijn na inductie is 64% nog in remissie op wk 52.²

Afname van rectaal bloedverlies, ontlastingsfrequentie en bowel urgency werd vanaf week 2 waargenomen.²

§ Meest gemelde bijwerkingen zijn bovenste luchtweginfecties, injectieplaatsreacties en hoofdpijn.¹

1. Omvoh Summary of Product Characteristics, Eli Lilly Nederland B.V., Utrecht, The Netherlands; 2023. 2. D'Haens G, et al; Mirikizumab as Induction and Maintenance Therapy for Ulcerative Colitis. N. Engl J Med. 2023 Jun 29;388(26):2444-2455 + supplementary.

Voor productinformatie zie elders in deze uitgave. PP-MR-NL-0044 © 2024 Eli Lilly and Company. All rights reserved.



DDD SCIENCE 1

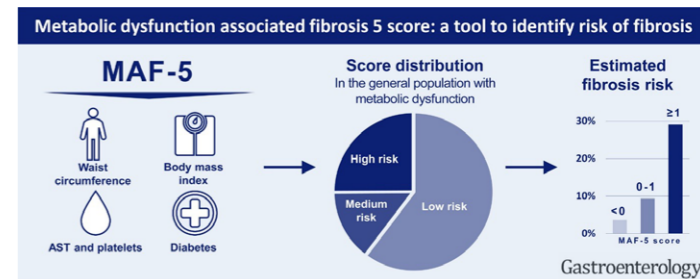
FIB-4 eenvoudig uit te voeren valt, is het discriminerende vermogen van deze test zeer beperkt in de algemene populatie (area under the ROC curve [AUROC] 0.55 – 0.65; slechtste haalbare AUC is 0.5, hoogst haalbare 1.0). Specifieke groepen waarin de FIB-4 slechter presenteerde waren jongeren, ouderen en mensen met metabole dysfunctie.

Metabolic dysfunction Associated Fibrosis (MAF-5) ontwikkeling

Vanuit de eerder vastgestelde gebreken hebben wij een nieuwe test, de MAF-5, ontwikkeld in de algemene populatie met enige vorm van metabole dysfunctie (bijv. hypertensie, overgewicht en/of dyslipidemie). De MAF-5 bestaat uit vijf componenten: buikomvang, BMI, diabetes, ASAT en trombocyten. Het algoritme is getraind voor de detectie van leverstijfheid boven de 8 kPa, wat in de algemene populatie overeenkomt met F2 fibrose. De MAF-5 is intern gevalideerd op leverstijfheid ≥ 12 kPa (F3 fibrose) en extern gevalideerd in een onafhankelijk population-based cohort studie (de Rotterdam Studie) en een Europees en Zuid-Amerikaans patiënten cohort op F2 en F3 fibrose gebaseerd op leverstijfheid en histologie.

De MAF-5 presteert beter dan andere beschikbare non-invasieve testen

Met de MAF-5 wordt 61%, 14% en 25% van de populatie met metabole dysfunctie geclassificeerd als laag (< 0), gemiddeld ($0 - 1$) en hoog (≥ 1) risico op fibrose. De daadwerkelijke fibrose prevalentie in deze groepen was 3.3%, 7.9% en 28.1%. Dit resulteerde in een AUC van 0.81, significant hoger dan andere beschikbare non-invasieve testen waaronder de FIB-4 die in de huidige verwijfsstrategieën is opgenomen. Een belangrijke eigenschap van de MAF-5 is de leeftijdsafhankelijkheid. De MAF-5 heeft een AUC van 0.86 in deel-



MAF-5 = metabolic dysfunction associated fibrosis-5;

AST = Aspartate transaminase

nemers < 40 jaar en 0.75 in deelnemers > 60 jaar, significant beter dan de FIB-4 (AUC 0.51 en 0.55).

Bij patiënten die een leverbiopt hebben ondergaan waren hogere MAF-5 scores geassocieerd met significant hogere fibrose graad in het biopt. Tot slot, een MAF-5 ≥ 0 en ≥ 1 was geassocieerd met 28% en 59% meer sterfte.

Conclusie en implicaties voor de toekomst

De MAF-5 is een gevalideerde, leeftijdsafhankelijke, goedkope tool die ingezet kan worden voor het identificeren van personen met een hoog risico op leverfibrose in de eerste lijn. De MAF-5 presteerde beter dan andere non-invasieve testen en was significant geassocieerd met histologische fibrose graad en sterfte. De MAF-5 is daarom een goed alternatief voor de FIB-4 in huidige verwijfsstrategieën voor de identificatie van fibrose in de eerste lijn.



DDD SCIENCE 2

Incidentie en predictie van ongerelateerde sterfte na succesvolle endoscopische behandeling van Barrett gerelateerde neoplasie

Van Munster SN, Verheij EPD, Ozdemir Ö, Toes-Zoutendijk E, Lansdorp-Vogelaar I, Nieuwenhuis EA, Cotton CC, Weusten BLAM, Herrero LA, Alkhalaf A, Schenk BE, Schoon EJ, Curvers WL, Koch AD, de Jonge PF, Tang TJ, Nagengast WB, Westerhof J, Houben MHMG, Shaheen NJ, Bergman JGHM, Pouw RE. Incidence and Prediction of Unrelated Mortality After Successful Endoscopic Eradication Therapy for Barrett's Neoplasia. *Gastroenterology*. 2024 Mar 4;50016-5085(24)00240-3. doi: 10.1053/j.gastro.2024.02.033. Epub ahead of print. PMID: 38447738.

huis; drs. Eva P.D. Verheij, anios MDL, Sint Antonius ziekenhuis, arts-onderzoeker MDL, Amsterdam UMC; dr. Roos E. Pouw, MDL-arts, Amsterdam UMC

Achtergrond

Een Barrett Slokdarm met dysplasie of vroegcarcinoom vormt een indicatie voor endoscopische behandeling. Succesvolle behandeling met endoscopische resectie van afwijkingen, gevolgd door radiofrequente ablatie (RFA) van resterend Barrett slijmvlies, leidt tot een volledige conversie van het afwijkende Barrett slijmvlies naar normaal plaveiselepitheel. Recente lange-termijn studies na een succesvolle

Nederlandse samenvatting door:

dr. Sanne N. van Munster, aios MDL, Sint Antonius Zieken-

HELP YOUR PATIENTS

Enjoy the Silence

OF LONG-TERM REMISSION IN UC/CD¹

Help uw patiënten het maximale uit het leven te halen met Entyvio:



Endoscopische verbetering op week 52 vs. adalimumab bij UC; en placebo bij CD^{4,5}

Langdurige klinische remissie op week 52 vs. adalimumab bij UC en placebo bij CD^{1,3,5,6}

Betere kwaliteit van leven vs. placebo op week 52^{6,7}

Kies darmselectief Entyvio¹



DDD SCIENCE 2

behandeling tonen een laag risico op recidief dysplasie (1.0% per persoonsjaar). (1) Endoscopische controles na succesvolle behandeling zijn gericht op het ontdekken van recidiverende dysplasie, om dit wederom in een vroeg stadium te behandelen teneinde symptomatische slokdarmkanker te voorkomen. De huidige adviezen voor controles na succesvolle behandeling zijn echter nauwelijks veranderd het afgelopen decennium, zijn vooral gebaseerd op expert opinie en houden geen rekening met patiënt gerelateerde factoren, zoals comorbiditeit en het risico te overlijden aan iets anders dan slokdarmkanker. Deze studie had als doel om (I) de incidentie van ongerelateerde sterfte na succesvolle endoscopische behandeling van Barrett slokdarm met dysplasie/vroegcarcinoom te evalueren; en (II) de Charlson Comorbidity Index te evalueren voor het voorspellen van het ongerelateerde sterfte.

Methoden

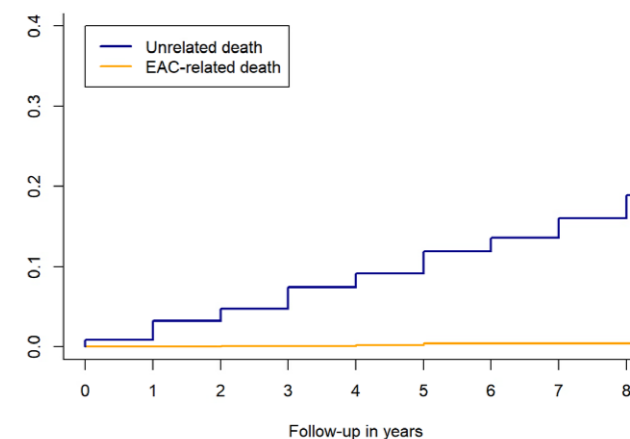
Alle patiënten die in Nederland succesvolle endoscopische behandeling ondergingen voor Barrett met dysplasie/vroegcarcinoom zijn geïncludeerd in deze studie. Patiënten werden geïdentificeerd vanuit de nationale "Barrett Expert Centra (BEC)" registratie, een nationale registratie van alle patiënten die in één van de BEC's zijn behandeld. Met terugwerkende kracht werd de Charlson Comorbidity Index geregistreerd. De BEC registratie werd verrijkt met gegevens vanuit het CBS voor datum en oorzaak van overlijden. We evalueerden het jaarlijkse mortaliteitsrisico (JMR) per 1000 patiëntjaren en het gestandaardiseerde mortaliteitsrisico (SMR). Dit laatste betreft een vergelijking tussen het mortaliteitsrisico in het studiecohort en het risico in de Nederlandse samenleving, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. Een SMR >1 betekent een verhoogd risico op sterfte in het studiecohort.

We evalueerden de voorspellende karakteristieken van de Charlson Comorbidity Index middels discriminatie en calibratie.

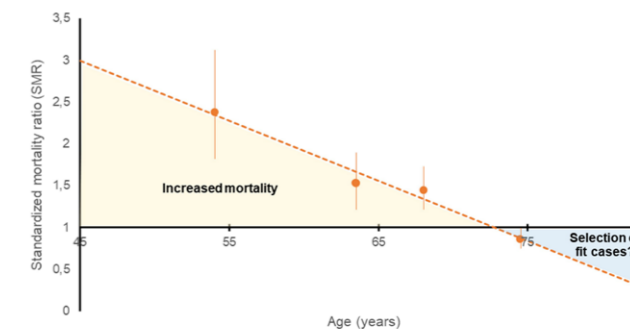
Bevindingen

Er werden 1154 patiënten geïncludeerd met een mediane follow-up van 59 maanden (IQR 37-91). Gedurende deze follow-up overleden 154 patiënten aan een ongerelateerde oorzaak (13.3%; JMR 24.1 [95% CI, 20.5-28.2]). Er overleden 4 patiënten aan recidief slokdarmkanker (0.3%; JMR 0.5 [95% CI, 0.1-1.4]) (Figuur 1).

Het risico op overlijden in het gehele studiecohort was niet significant verschillend van het risico op overlijden in de algemene Nederlandse populatie (SMR, 1.14 [95% CI, 0.96-1.37]). Echter, de SMR verschilde significant tussen verschillende leeftijdsgroepen. In de drie laagste leeftijdskwartielen (<71 jaar) was het risico op ongerelateerde sterfte significant hoger dan in de algemene Nederlandse populatie. In het hoogste leeftijdskwartiel (>71 jaar) was het



Figuur 1. Cumulatieve incidentie curve van ongerelateerde sterfte en gerelateerde sterfte

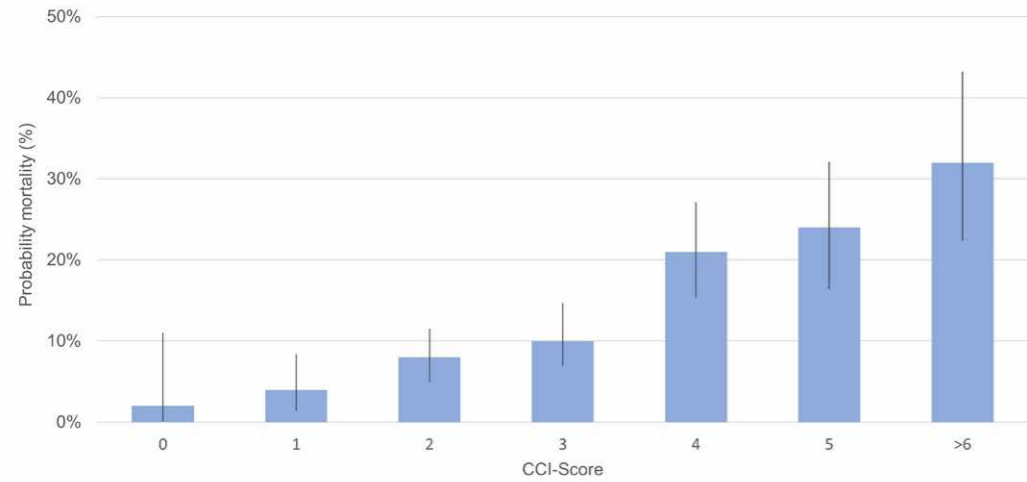


Figuur 2. Gestandaardiseerd mortaliteitsrisico in vergelijking met de Nederlandse populatie, gestratificeerd voor leeftijd en geslacht.

Een SMR >1 betekent een vergroot risico op ongerelateerde sterfte in het studiecohort in vergelijking met de algemene Nederlandse populatie. In de drie lagere leeftijdskwartielen (<71 jaar) was het risico op sterfte significant hoger dan in de algemene Nederlandse populatie, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht. In patiënten >71 jaar was het risico op ongerelateerde sterfte significant lager dan in de algemene Nederlandse populatie, mogelijk door selectie van fitte patiënten voor behandeling.

risico op ongerelateerde sterfte significant lager dan in de algemene populatie. De SMR was 2.38 [95% CI, 1.81-3.14] voor patiënten in het laagste leeftijdskwartiel (<58 jaar) en 0.86 [95% CI, 0.76-0.98] in het bovenste leeftijdskwartiel (>71 jaar) (Figuur 2). De oversterfte voor patiënten <71 jaar berustte voornamelijk op een verhoogd risico op sterfte door andere vormen van kanker. Het risico op ongerelateerde sterfte was hoger naarmate





Figuur 3.
Risico op sterfte per score van de Charlson Comorbidity Index (CCI)

patiënten een hogere Charlson Comorbidity Index hadden (Figuur 3). Discriminatie was goed met een C-statistiek van 0.78 [95% CI, 0.72–0.84] en calibratie was acceptabel.

Conclusie en implicaties voor de toekomst

Onze studie toont aan dat na een succesvolle behandeling voor Barrett slokdarm met dysplasie/vroegcarcinoom, het risico op ongerelateerde sterfte meer dan 40x hoger is dan het risico op slokdarmkanker-gerelateerde sterfte. Het risico op ongerelateerde sterfte was hoger in vergelijking met de algemene Nederlandse populatie bij jongere patiënten. Het individuele 10-jaars risico op ongerelateerde sterfte kan goed worden ingeschat met de reeds bestaande, gebruiksvriendelijke Charlson Comorbidity Index.

Op basis van onze studie concurreert het risico van ongerelateerde sterfte met de voordelen van endoscopische controles na endoscopische behandeling in een deel van de pa-

tiënten. De resultaten van deze studie kunnen bijdragen aan een geïndividualiseerde follow-up van deze patiëntengroep en het risico op ongerelateerde sterfte dient daarom mee te worden genomen in adviezen over follow-up protocollen.

Referenties

(1) van Munster S, Nieuwenhuis E, Weusten BLAM Dutch Barrett Expert Centers, et al. Long-term outcomes after endoscopic treatment for Barrett's neoplasia with radiofrequency ablation ± endoscopic resection: results from the national Dutch database in a 10-year period. *Gut* 2022;71:265–276.



DDD SCIENCE 3

Gestandaardiseerde training voor endoscopische mucosale resectie van grote, niet-gesteelde colorectale poliepen ter vermindering van recidieven (*STAR-LNPCP studie): een multicenter, cluster gerandomiseerde studie.

Meulen LWT, Bogie RMM, Siersema PD, Winkens B, Vlug MS, Wolfhagen FHJ, Baven-Pronk M, van der Voorn M, Schwartz MP, Vogelaar L, de Vos tot Nederveen Cappel WH, Seerden TCJ, Hazen WL, Schrauwen RWM, Alvarez Herrero L, Schreuder RM, van Nunen AB, Stoop E, de Bruin GJ, Bos P, Marsman WA, Kuiper E, de Bièvre M, Alderlieste YA, Roomer R, Groen J, Bargeman M, van Leerdam ME, Roberts-Bos L, Boersma F, Thurnau K, de Vries RS, Ramaker JM, Vleggaar FP, de Ridder RJ, Pellisé M, Bourke MJ, Masclee AAM, Moons LMG. Standardised training for endoscopic mucosal resection of large non-pedunculated colorectal polyps to reduce recurrence (*STAR-LNPCP study): a multicentre cluster randomised trial. *Gut*. 2024 Apr 5;73(5):741–750. doi: 10.1136/gutjnl-2023-330020. PMID: 38216328.

Nederlandse samenvatting door:
drs. Lonne W.T. Meulen, AIOS MDL, Maastricht UMC+ en dr. Leon M.G. Moons, MDL-arts, UMC Utrecht.

Achtergrond

Endoscopische mucosale resectie (EMR) is de behandeling van eerste keuze voor non-invasieve grote (≥20mm), niet-gesteelde colorectale poliepen (LNPCPs). Een EMR bij deze grotere laesies resulteert vaak in een piecemeal resectie. Het nadeel van deze techniek is het relatief hoge recidiefpercentage. Evaluatie van piecemeal EMRs in een regionaal subcohort van het bevolkingsonderzoek darmkanker heeft eerder getoond dat het recidiefpercentage in de Nederlandse

DDD SCIENCE 3



Figuur 1. Piecemeal EMR van een grote niet-gesteelde poliep

praktijk rond de 25–30% ligt, conform eerdere internationale cohortstudies.(1) Echter laten recente studies uit expert centra zien dat het recidiefpercentage na piecemeal EMR fors verlaagd kan worden (tot slechts 1.4%) door het aanpassen van de EMR-techniek, bijvoorbeeld door adjuvante coagulatie van de randen van het EMR defect.(2) In hoeverre deze lage recidiefpercentages behaald kunnen worden in tweedelijns ziekenhuizen is niet eerder geëvalueerd. Deze studie had dan ook als doel het ontwikkelen van een gestandaardiseerde EMR training en het evalueren van de effectiviteit hiervan met betrekking tot het recidiefpercentage na piecemeal EMR van LNPCPs.

Methode

63 endoscopisten uit 30 Nederlandse ziekenhuizen werden geïncludeerd in deze studie. Op clusterniveau (centrum) werden zij gerandomiseerd in een interventie- en controlegroep. De interventiegroep onderging een 2-daagse EMR-training, bestaande uit lezingen van (inter)nationale experts, case-based discussion en hands-on training. In aanvulling op de 2-daagse training waren er EMR e-modules beschikbaar ter naslag voor de interventiegroep. De controlegroep kreeg géén scholing voorafgaand aan de studie. Van april 2019 tot augustus 2021 werden er in totaal 1412 patiënten met een LNPCP geïncludeerd. Er werd volgens studieprotocol een gestandaardiseerd endoscopieverslag gemaakt en er werden foto's opgeslagen van de poliep (in wit licht, met advanced imaging en met zoom/near focus) en de procedure (Figuur 1). Na 6 maanden vond littekeninspectie plaats, waarbij ook een gestandaardiseerd endoscopieverslag gemaakt werd en het litteken gefotografeerd werd. In geval van een recidief werd deze behandeld. Indien er optisch geen verdenking voor recidief was, werden er biopsies genomen van het post-EMR litteken.

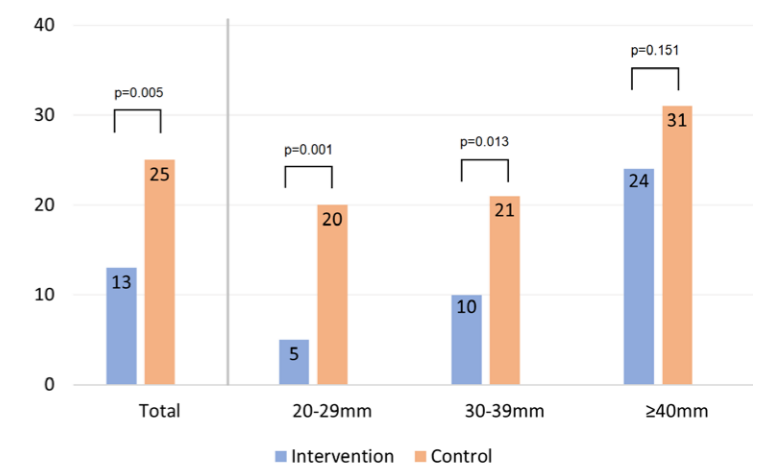
Bevindingen

Er werden 1412 LNPCPs geïncludeerd, met een mediane grootte van 30mm. Het recidiefpercentage na 6 maanden

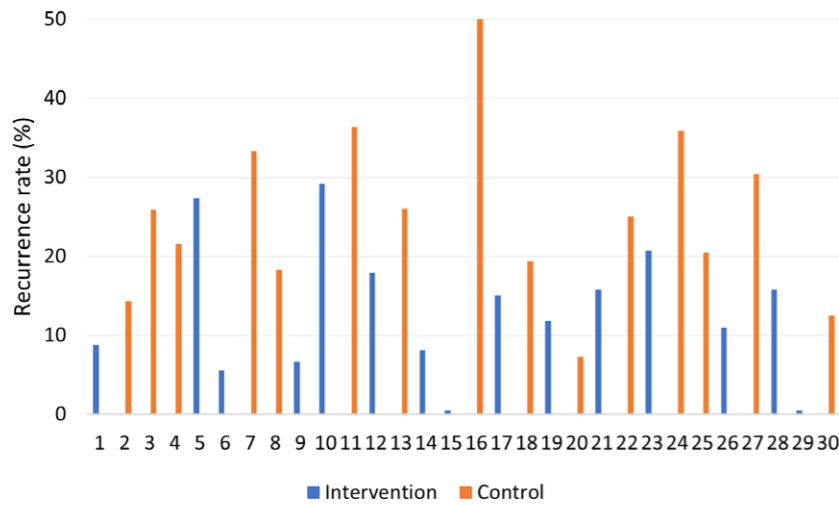
was 13% in de interventiegroep en 25% in de controlegroep (odds ratio (OR) 0.43, 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) 0.23–0.78, $p=0.005$) met vergelijkbare complicatiepercentages. In de interventiegroep werd er in vergelijking met de controlegroep vaker een colloïde submucosale injectievloeistof gebruikt (87% vs. 63%, $p<0.001$), adjuvante behandeling van residuaal weefsel na het snaren verricht (100% vs. 92%, $p<0.001$) en werden de randen van het EMR-defect vaker adjuvante gecoaguleerd (92% vs. 75%, $p<0.001$). Er waren geen verschillen in aantal pieces of het voorkomen van intraprocedurele bloedingen tussen beide groepen. De recidieven waren vaker unifocaal in de interventiegroep vs. de controlegroep (92% vs. 76%, $p=0.006$). In sensitiviteitsanalyse bleek het voordelige effect van de interventie met name zichtbaar bij LNPCPs met een grootte van 20–40mm, maar minder evident in de LNPCPs ≥40mm (Figuur 2). Daarnaast bleek er sprake van variabiliteit in recidiefpercentage tussen de centra in zowel de interventie- als controlegroep. (Figuur 3).

Conclusie en implicaties voor de toekomst

Een compacte, gestandaardiseerde EMR-training voor LNPCPs leidt tot een significante reductie van het recidiefpercentage in de tweedelijns ziekenhuizen. Dit pleit sterk voor de implementatie van een nationaal trainingsprogramma specifiek voor endoscopisten toegewijd aan EMR van niet-gesteelde poliepen groter dan 20mm. Het afzwakken van het interventie-effect voor poliepen groter dan 40mm is waarschijnlijk te wijten aan een lage exposure aan deze specifieke groep zeer grote poliepen. Om de kwaliteit van zorg voor deze grote poliepen te optimaliseren en waarborgen, zou centralisatie van zorg, en daarmee bevorderen



Figuur 2. Recidiefpercentage 6 maanden post-EMR, totaal en uitgesplitst per grootte



Figuur 3.
Recidiefpercentage
6 maanden post-EMR weergegeven
per deelnemend centrum

van de exposure van de individuele endoscopist, overwogen dienen worden.

Referenties

- (1) Meulen LWT, van der Zander QEW, Bogie RMM, et al. Evaluation of polypectomy quality indicators of large nonpedunculated colorectal polyps in a nonexpert, bowel cancer screening cohort. *Gastrointestinal Endoscopy*. 2021;94:1085-95.
- (2) Sidhu M, Shahidi N, Gupta S, et al. Outcomes of thermal ablation

of the mucosal defect margin after endoscopic mucosal resection: a prospective, international, multicenter trial of 1000 large nonpedunculated colorectal polyps. *Gastroenterology*. 2021;161(1):163-170.



RESEARCH PITCH

Risk factors for lymph node metastasis in patients with pT2 colon cancer in Denmark from 2016 to 2019 - A nationwide cohort study

Hartwig M, Rosen A, Vogelsang R, Fiehn AM, Gögenur I. Risk factors for lymph node metastasis in patients with pT2 colon cancer in Denmark from 2016 to 2019-A nationwide cohort study. *Colorectal Dis*. 2023 May;25(5):872-879. doi: 10.1111/codi.16469. Epub 2023 Feb 12. PMID: 36587395.

Door: drs. Julia Hanevelt, arts onderzoeker, Isala Zwolle en dr. Leon M.G. Moons, MDL-arts, UMC Utrecht

Inleiding

In toenemende mate wordt in Nederland bij lokaal verwijderde T1 colorectaal carcinomen (CRC) met ≥ 1 histologische risicofactoren een orgaansparende route met intensieve follow-up gekozen, gebaseerd op de waarnemingen dat een lymfkliermetastase vaak terugkeert als een lokaal recidief, en het toegenomen risico op afstandsmetastasen zeer beperkt is. In 2019-2020 ging de helft van de T1 CRCs met 1 risicofactor niet meer voor complementerende chirurgie. Met de lokale excisie technieken die heden worden toegepast zoals endoscopische full thickness resectie (eFTR), colonoscopische assisteerde laparoscopische wedge resectie (CAL-WR), endoscopische intermusculaire dissectie (EID) en Transanal Minimally Invasive Surgery (TAMIS) worden echter ook frequent T2 CRCs lokaal verwijderd. Het is de grote vraag of complementerende chirurgie ook voor deze T2 CRCs altijd noodzakelijk

is. Momenteel is het echter onvoldoende onderzocht of de (histologische) risicofactoren die worden gebruikt bij de behandeling van T1 carcinomen ook kunnen worden toegepast op T2 CRCs. Wanneer kunnen we precies spreken van een laag risico T2 en wat is het voorspelde risico op synchrone lymfekliermetastasen of een locoregionaal recidief gedurende de follow up in dat geval?

Studieresultaten

In de bovengenoemde studie is, in een landelijk retrospectief cohort in Denemarken, onderzocht wat het risico op lymfekliermetastasen is bij T2 carcinomen, specifiek voor tumoren in het colon. Van de in totaal 1306 geïncludeerde chirurgisch behandelde patiënten met een pT2 colon carcinoom waren er bij 244 (19%) lymfekliermetastasen aanwezig in het initiële resectie preparaat. Bij multivariate analyse werden lymfatische (OR = 3.6, 95% CI 2.1 - 5.9), veneuze (OR = 1.70, 95% CI 1.0 - 2.7) en perineurale invasie (OR = 4.6, 95% CI 1.6 - 13.5) geïdentificeerd als onafhankelijke risicofactoren voor lymfekliermetastasen. In afwezigheid van deze risicofactoren was het risico op lymfekliermetastasen 10.5%. Daarnaast bleek een deficiënte mismatch repair (MMR) status geassocieerd met een significant lager risico op lymfekliermetastasen (OR = 0.6, 95% CI 0.3 - 0.9), waardoor in afwezigheid van andere risicofactoren het risico op

RESEARCH PITCH

lymfekliermetastasen daalde naar 7.9%. De relatie tussen de mate van tumor budding en de aanwezigheid van lymfekliermetastasen kon niet worden onderzocht aangezien dit geen onderdeel was van de standaard histologische beoordeling. Opvallend genoeg bleek slechte differentiatie geen voorspeller voor lymfekliermetastasen (OR 1.1, 95% CI 0.3-3.2), hetgeen mogelijk te wijten is aan de lage frequentie slecht gedifferentieerde tumoren in het studie cohort.

Klinische toepassing

De bevindingen van dit onderzoek geven een eerste voorlopige schatting van het risico op lymfekliermetastasen bij T2 coloncarcinomen en de risicofactoren hiervoor. Om de risicostratificatie zodanig te optimaliseren dat deze mogelijk op termijn kan worden gebruikt in dagelijkse klinische praktijk, is in Nederland de PREVAIL studie opgezet. Deze multicenter cohort-nested case control studie, waarbij pathologie revisies zullen worden verricht, onderzoekt welke klinische en histologische factoren voorspellend zijn voor synchrone lymfekliermetastasen en recidief ziekte gedurende follow up

bij T2 colon carcinomen. Met name het meenemen van de mate van tumor budding in voorspelmodellen zou van toegevoegde waarde kunnen zijn om nauwkeuriger patiënten met een laag risico T2 te definiëren. Het voorspelde risico op lymfekliermetastasen in afwezigheid van risicofactoren zal bepalend zijn of er een laag-risico groep patiënten geïdentificeerd kan worden waarbij het risico op lymfekliermetastasen dermate beperkt is dat het niet opweegt tegen het operatie risico. Het zou dan te verdedigen zijn om een (bepaalde groep) patiënten in eerste instantie lokaal te behandelen middels bovengenoemde minder-invasieve lokale resectie technieken, waarna op basis van de gevonden risicofactoren samen besloten kan worden over het vervolgsbeleid.



MLDS

Darmkanker: mannen mijden bevolkingsonderzoek vanwege angst, gedoe of coloscopie

Tweede van de mannen die niet meedoen aan het bevolkingsonderzoek darmkanker ziet op tegen een vervolgonderzoek, vindt de ontlastingstest te veel gedoe, is bang voor een slechte uitslag of wil het niet weten. Nog een reden is het ontbreken van klachten. Een op de drie mannen die niet meedoen, weet niet dat het onderzoek ook voorstadia van darmkanker kan opsporen. Dat blijkt uit een onderzoek onder 1.000 mannen door onderzoeksbureau Flycatcher in opdracht van de Maag Lever Darm Stichting aan de start van darmkankermaand maart.

Hoewel mannen een hoger risico lopen (1 op de 12) op darmkanker dan vrouwen (1 op de 15), neemt slechts 65 procent van de mannen deel aan het bevolkingsonderzoek darmkanker, tegen 71 procent van de vrouwen. Toch denkt een derde van de mannen die niet aan het bevolkingsonderzoek deelnemen dat dit niet nodig is als zij geen klachten hebben. Darmkanker of voorstadia daarvan geven echter niet per se klachten. Darmkanker is na longkanker de kankersoort waar de meeste mensen aan overlijden (4.500 mensen per jaar). Jaarlijks treft het zo'n 12.000 Nederlanders. Iedereen tussen 55-75 jaar krijgt elke twee jaar een uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek darmkanker, maar de deelnamegraad neemt met name onder mannen al enkele

jaren af. Opvallend is dat vooral de groep niet-deelnemers van 55-59 jaar zegt het vies te vinden om mee te doen aan het bevolkingsonderzoek darmkanker (27 procent). Maar het enige dat deelnemers hoeven te doen is met een stokje in hun ontlasting prikken. Dit stokje kan zonder vieze handen te maken, in een buisje gestopt worden, voordat het wordt opgestuurd naar het laboratorium. Van de mannen die nooit meedoen, spreekt 44 procent met niemand over de paarse envelop met daarin de ontlastingstest die ze per post hebben ontvangen. De reden is dat ze het vervelend vinden erover te praten of zich schamen.

Meer dan een momentopname

Bij 34 procent van de niet-deelnemers is niet bekend dat het bevolkingsonderzoek behalve darmkanker ook poliepen opspoorde, die zich pas later tot darmkanker kunnen ontwikkelen. Een ruime meerderheid (59 procent) weet ook niet dat het bevolkingsonderzoek om deze reden elke jaar twee jaar moet worden herhaald. Mariël Croon, directeur van de MLDS: "Dat is nodig omdat poliepen zich in de loop van 10 tot 15 jaar kunnen ontwikkelen tot darmkanker. Een onderzoek van de ontlasting is altijd een momentopname. Wie elke twee jaar meedoet, heeft een grotere kans groot dat de poliepen ontdekt worden. Het is dus belangrijk dat iedereen boven de 55 jaar zich elke twee jaar laten controleren!"



Eenvoud in de behandeling van colitis ulcerosa



Jyseleca[®]
filgotinib

Preferentiële
JAK1-remming¹



Snel en
aanhoudend*^{1,2}



1dd oraal¹



Aangetoond
veiligheidsprofiel^{#1}



Jyseleca is geïndiceerd voor de behandeling van volwassen patiënten met matige tot ernstige actieve colitis ulcerosa die onvoldoende hebben gereageerd op, niet hebben gereageerd op of die intolerant waren voor conventionele therapie of een biological.¹
JAK, Janus Kinase

¹ Afname in partiële Mayo-score en CRP levels ten opzichte van baseline vanaf week 2.²

² De frequentst gemelde bijwerkingen zijn nausea (3,5%), infectie van de bovenste luchtwegen (IBL, 3,3%), urineweginfectie (UWI, 1,7%), duizeligheid (1,2%) en lymfopenie (1,0%).¹

Referenties: 1. SmPC Jyseleca[®]. Januari 2024. 2. EPAR Assessment report Jyseleca[®]. November 2021. Productinformatie elders in deze uitgave.

Jyseleca en Galapagos zijn geregistreerde handelsmerken van Galapagos NV.
© 2024 Galapagos NV. Alle rechten voorbehouden.