

DDD

NEWS

DUTCH DIGESTIVE DISEASE NEWS

Vooruitblik DDD
september 2024

DDD Science

Research Pitch

NVGE
NEDERLANDSE VERENIGING
VOOR GASTRO-ENTEROLOGIE



JAARGANG 34 - NUMMER 3 - AUGUSTUS 2024

Geschiedenis van de gastroscoop





Eenvoud in de behandeling van colitis ulcerosa



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

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

^{#1} 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®. April 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.



NL-UC-FIL-202402-00001

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:

Historische gastroscopie

Foto: J. Polak

ISSN: 2543-3075



Beste DDD news lezers,

Wellicht bent u nog van uw welverdiende vakantie aan het genieten of kunt u terugkijken op een paar mooie weken ver weg van de hectiek van alledag. Om alvast in de stemming te komen ligt voor u een nieuwe fraaie editie van het DDD news waarin o.a. uitgebreid vooruit wordt gekeken naar de aankomende DDD in september.

In mei dit jaar vond wederom een succesvolle casuïstische conferentie plaats vanuit de studio in Utrecht. Collega J.

Meijer, Anios MDL in het UMCG, werd tot winnaar uitgeroepen en geeft een samenvatting van de bijzondere casus die hij presenteerde. In juni organiseerde het PhD-netwerk voor de tweede keer een Summer School, een prachtig initiatief waar verdieping en praktische tools rondom het doen van wetenschappelijk onderzoek door inspirerende sprekers voor het voetlicht werden gebracht. MDL- en GE-chirurgie PhD'ers, vergeet niet lid te worden van het PhD-netwerk!

De komende DDD biedt vele sessies die de moeite van het bezoeken meer dan waard zijn. Onder auspiciën van de MLDS worden twee symposia aangeboden over belangrijke thema's die zowel medisch-inhoudelijk als maatschappelijk voer voor discussie bieden. Leg uw oor te luister en discussieer mee over hoe om te gaan met het spanningsveld tussen "benigne en maligne chirurgie" en wat is onze rol als zorgverleners in het terugdringen van problematisch alcohol gebruik in Nederland. Crohn en Colitis NL initieert twee meet the expert sessies, over arbeid en IBD en over microscopische colitis. Op de donderdag ochtend staat een vernieuwend symposium gepland over digitalisering in de zorg, georganiseerd door de recent opgerichte NVMDL Cie Digitalisering. De keynote lecture zal worden gehouden door prof. Jan Tack uit Leuven. Hij is een autoriteit op het gebied van motiliteit- en functionele stoornissen van het maag-darmkanaal en zal praten over problemen rondom "altered gastric motility". Naast de uitreiking van de Gastrostart subsidies en Gastrostart vervolgsubsidie zal op woensdag ook de prestigieuze Research prijs worden uitgereikt aan een talentvolle onderzoeker.

Kortom, u doet u zelf te kort als u deze DDD overslaat. Ik wens u veel leesplezier toe en tot binnenkort in Veldhoven.

Alexander Bodelier, secretaris NVGE.

INHOUD

GastrOlympics 2025	5
Terugblik Casuïstiek en PhD Netwerk	7
Vooruitblik DDD september	11
Programma overzicht	14
DDD Science 1, 2 en 3	19
Research Pitch	28
Geschiedenis van de Endoscopie	29
Right on Time subsidies	30
Landelijke werkgroep AIH	33

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 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

18 maart 2025

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

19 - 20 maart 2025

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

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

Kennisgeving

Ten tijde van het ter perse gaan van deze DDD news bereikte ons het bericht dat Gerrit Griffioen, gepensioneerd MDL-arts, op 5 augustus jl. is overleden. Gerrit was tot 2006 MDL-arts in het LUMC en tevens gewaardeerd secretaris van de NVGE van 1991-1996.

Wij wensen zijn familie en naasten veel sterkte toe bij dit verlies.

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. M.J. (Milan) Sonneveld, *namens Nederlandse Vereniging voor Hepatologie*
Dr. R. (René) Scheenstra, *namens Sectie Kinder-MDL*
Dr. M.C. (Marijn) Visschedijk, *namens Sectie Inflamatoire Darmziekten*
Drs. R.J. (Robert) De Vos, *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*

NIEUWS

GastrOlympics



Alle sportievelingen en minder-sportievelingen opgelet. In 2025 strijden de zeven opleidingsregio's weer om de felbegeerde GastrOlympics cup.

Na een spetterende editie in 2023, georganiseerd én gewonnen door regio Rotterdam, is het komend jaar aan opleidingsregio Noord-Oost om de collega's uit den lande op sportief vlak uit te dagen. Welke MDL regio is het snelst, behendigst, sterkst of slimst? Op 5 juli 2025 zullen we het weten. Locatie komend jaar: sportpark de Pelikaan in Zwolle.

Het programma volgt binnenkort en zal zo divers mogelijk worden samengesteld zodat iedereen kan meedoen. Iedereen uit de regio is welkom, dus ook deelnemers vanuit niet-opleidingsziekenhuizen zijn van harte uitgenodigd. Wacht dus vooral niet te lang met het samenstellen van een team zodat de collectieve trainingen van start kunnen gaan. We hopen jullie allemaal weer te zien volgend jaar in Zwolle!

GastrOlympics commissie 2025

Iris Kats (UMCG)
Robert Mousset (UMCG)
Frederike van Vilsteren (UMCG)
Sem Geertsema (UMCG)
Koen Beukema (MST)
Martine Wellens (MST)
Marloes Bigirwamungu-Bargeman (MST)
Maarten Meijssen (Isala)
Kim van der Sloot (Isala)

Vacature lid raad van afgevaardigden bestuur NVGE voor Aios MDL

Het bestuur van de NVGE is op zoek naar een Aios MDL als lid van de raad van afgevaardigden. In deze functie neem je deel aan de vergaderingen van het NVGE bestuur, welke een paar keer per jaar plaatsvinden (afwisselend fysiek en digitaal). Daarnaast neem je samen met de penningmeester, de afgevaardigde namens de PhD-studenten en het secretariaat plaats in de redactie van DDD News. Dit kost vaak niet meer dan 1-2 uur per maand. De grafische vormgeving van het blad wordt uitbesteed. De redactie vergadert ongeveer 1-2x per kwartaal digitaal.

Om de continuïteit te waarborgen willen we jou als nieuw lid van de redactie graag inwerken via een dakpanconstructie. De precieze startdata zullen in goed overleg worden bepaald, maar we streven naar eind 2024.

Dus ben je momenteel Aios MDL en spreekt bovengaande je aan? Ben je daarnaast beschikbaar voor minimaal twee jaar? Solliciteer dan door middel van een korte motivatiebrief en CV te sturen naar secretariaat@nvge.nl.

Solliciteren kan t/m 15 oktober 2024.

Voor vragen kun je laagdrempelig contact opnemen met Michiel Bak (m.bak@erasmusmc.nl) of Michiel Voskuil (m.d.voskuil@umcg.nl).

Oproep inzendingen NVGE Proefschriftprijs 2025

Voor de Gastrointestinale Proefschriftprijs kunnen proefschriften worden ingestuurd voor in 2024 gepubliceerde en gepromoveerde academische proefschriften. Vanuit duurzaamheidsoverwegingen kunt u proefschriften uitsluitend digitaal inzenden.

Inzenddatum: vóór 1 januari a.s via secretariaat@nvge.nl

Alle informatie is te vinden via www.nvge.nl

Vanaf DDD september 2024: digitale toegangscontrole

Vanaf de komende editie van de DDD zal de NVGE gaan werken met persoonlijke QR codes bij binnenkomst. Alle deelnemers ontvangen begin september een e-mail met daarin een e-ticket dat u bij de congresbalie in Veldhoven laat scannen. Uw badge wordt ter plekke geprint.

Om alles zo soepel mogelijk te laten verlopen verzoeken we alle leden zoveel mogelijk vooraf te registreren. De online registratie blijft geopend. Tot ziens in Veldhoven!



ORATIE

De lever gaat viraal: het belang van translationeel onderzoek in (chronische) leverziekten

Zo luidde de titel van de oratie van prof. dr. André Boonstra, die hij op 21 juni 2024 uitsprak in de Aula van de Erasmus Universiteit. Daarmee werd hij officieel geïnstalleerd als hoogleraar Experimentele Hepatologie verbonden aan de afdeling Maag-, Darm- en Leverziekten van het Erasmus MC. In zijn lezing benadrukte hij de cruciale rol van het immuunsysteem in leverziekten en de noodzaak van samenwerking tussen fundamenteel en klinisch onderzoek voor baanbrekende resultaten. De lever kan, ondanks zijn grote reservecapaciteit, beschadigd raken door virale infecties, overmatig alcoholgebruik of leververvetting. Het immuunsysteem speelt hierbij een dubbele rol: het beschermt de lever maar kan ook schade veroorzaken. Een overactief immuunsysteem kan levercellen vernietigen, fibrose en cirrose veroorzaken, wat ernstige complicaties en een verhoogd risico op leverkanker met zich meebrengt.



Sinds 2006 leidt André Boonstra een team dat zich richt op de gevolgen van hepatitisvirussen op de lever, met als doel genezing of controle over deze virussen en het verminderen van leverkanker. Hij benadrukte de revolutionaire ontwikkelingen in de behandeling van hepatitis C, mede mogelijk gemaakt door fundamenteel en klinisch onderzoek. Hij wees erop dat het translationeel onderzoek naar hepatitis B een meer centrale plek moet krijgen. Hoe verschilt een gezonde lever van een chronisch geïnfecteerde lever? En wat bepaalt de klinische, virologische en immunologische verschillen tussen patiënten? Door deze vragen te beantwoorden, hopen André Boonstra en zijn team grote stappen te zetten naar innovatieve behandelingen en genezing die essentieel zijn voor het behalen van de WHO-doelstelling om virale hepatitis tegen 2030 onder controle te krijgen en de strijd tegen leverkanker te versterken.

Om de strijd tegen leverkanker verder te versterken, heeft Boonstra een Europees gefinancierd consortium opgericht dat zich richt op het identificeren van nieuwe biomarkers in bloed voor de vroege detectie van leverkanker, dat van cruciaal belang is voor een tijdige diagnose en effectieve behandeling. Dergelijke consortia zijn volgens hem van groot belang voor het verbeteren van ons begrip van complexe ziekten en het bevorderen van vooruitgang in nieuwe inzichten, richtlijnen en behandelingen op zowel nationaal als internationaal niveau. Daarom hechten Boonstra en zijn team veel waarde aan het verder uitbouwen van internationale netwerken, door middel van reguliere onderzoeksconsortia, EU-beurzen en Erasmus+ uitwisselingen, die momenteel plaatsvinden met onder andere Ecuador, Brazilië en Kosovo.

Casuïstische conferentie mei 2024

Programma casuïstiek

Maastricht UMC+

MASLD met een luchtje
Dr. Toon de Munck, aios MDL, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven

Stuck between a rock and a hard place
Lotte Laurijssen, anios MDL, MUMC+ Maastricht

UMC Groningen

Het is niet altijd clip en klaar
Joris Meijer, anios MDL, UMC Groningen

Aziatisch abdominaal ongemak
Tim Otten, anios MDL, Isala, Zwolle

Radboudumc Nijmegen

Buiten de gebaande paden
Dr. Simon Pape, aios MDL, Radboudumc, Nijmegen

De maag: een buik vol van
Judith de Jong, aios MDL, Radboudumc, Nijmegen



Sprekers en voorzitters casuïstiek. v.l.n.r.: Tim Otten, Joris Meijer, Loes Alferink, Simon Pape, Andrea van der Meulen, Toon de Munck, Lotte Laurijssen, Judith de Jong

Casus van de Winaar

Het is niet altijd Clip en Klaar

Een 25-jarige patiënte zonder relevante medische voorgeschiedenis werd in februari 2015 overgenomen door de chirurgieafdeling van het UMCG vanuit een ander ziekenhuis. Daar had ze een cholecystectomie ondergaan vanwege symptomatische cholecystolithiasis, welke gecompliceerd was verlopen met onder andere peroperatief letsel aan de ductus choledochus, waarbij een gallige peritonitis ontstond. Hiervoor onderging zij uitgebreide chirurgische behandeling, waarna zij in maart 2015 in verbeterde conditie naar huis werd ontslagen. In juni van hetzelfde jaar werd ze poliklinisch verwezen naar de Maag-Darm-Lever (MDL) afdeling van het UMCG vanwege recidiverende, aanvalsgewijze pijn in de rechterbovenbuik, verdacht voor recidief cholelithiasis.

Achtergrond I

Post-cholecystectomie klachten komen vaak voor en worden in de literatuur samengevat onder de term 'post-cholecystectomie syndroom'. Dit syndroom is slecht gedefinieerd en omvat een scala aan klachten, de ene met een duidelijkere causaliteit dan de andere. De meest genoemde klachten zijn buikpijn, dyspepsie en een veranderd ontlastingspatroon, maar ook klachten in andere tracti komen voor. De literatuur beschrijft een incidentie van het post-cholecystectomie syndroom van ongeveer 10-30%. Van deze klachten wordt 30% toegeschreven aan een pancreaticobili-aire oorzaak (meestal recidiverende cholelithiasis), 20% aan gastro-intestinale oorzaken, 20% aan niet-gastro-intestinale oorzaken en 30% wordt als functioneel geduid. Een grote groep dus waarbij persistente of nieuw ontwikkelde klachten post-cholecystectomie somatisch niet verklaard kunnen worden.

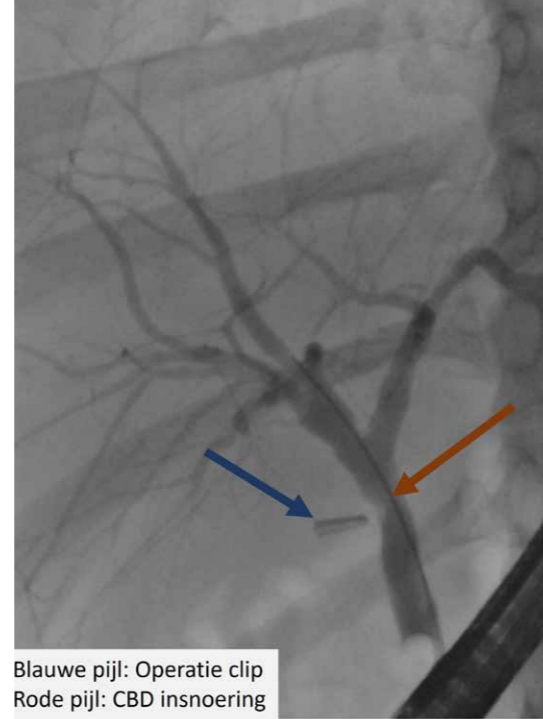
Casusvervolg

Wegens de typische cholelithiasis klachten onderging patiënte een MRCP en een ERCP, die beide geen verklaring opleverden. De klachten hielden aan waarbij zij in de periode tussen 2015 en 2020 vier ERCP's, twee EUS'en en zes MRCP's onderging, zonder duidelijke verklaring voor haar pijnklachten. De enige bevinding die herhaaldelijk werd gevonden, was een discutabele insnoering van de CBD ter hoogte van een operatieclip op de ductus cysticus (figuur 1).

Gezien de langdurige en invaliderende pijnklachten is patiënte in 2016, simultaan aan bovenstaand traject, naar het pijncentrum van het UMCG verwezen, waar zij pijnbehandeling onderging die voornamelijk bestond uit opioïden. Hierbij kreeg patiënte ook het stempel 'chronische pijn', en ging opioïde afhankelijkheid een toenemende rol in het klachtenpatroon spelen.



Winnaar casuïstiek Joris Meijer en voorzitters Loes Alferink en Andrea van der Meulen



Blauwe pijl: Operatie clip
Rode pijl: CBD insnoering

Figuur 1

In 2021 onderging patiënte opnieuw een ERCP. Hoewel er opnieuw geen choledocholithiasis werd gevonden, viel op dat patiënte een zeer sterke pijnreactie vertoonde bij passage van de extractieballon ter hoogte van de vermeende insnoering, ondanks propofol-sedatie. Een maand later werd het onderzoek herhaald met systematische balloninflatie boven, onder en ter hoogte van de clip. Opnieuw vertoonde patiënte een forse pijnreactie bij inflatie ter hoogte van de operatieclip. Dit versterkte het vermoeden dat de pijnklachten van patiënte berustten op een viscerale prikkel. In overleg met pijnspecialisten van het UMCG werd gekozen voor een neurolyse van de nn. splanchnicus beiderzijds, wat echter slechts gering soelaas bood. Omdat de overtuiging van een onderliggende viscerale prikkel sterk bleef, werd in samenspraak met de pijnspecialisten door de MDL een EUS-geleide neurolyse van het gebied rondom de operatieclip uitgevoerd, initieel met bupivacaïne en later, wegens succes, met fenol. Dit bood groot succes waarna patiënte klachtenvrij was en de opiaten konden worden afgebouwd.

Helaas bleek het positieve effect van korte duur en kwamen de klachten na vier maanden terug. Herhaling van de EUS-geleide neurolyse bood geen verlichting meer. Patiënte kwam hierna in een vastlopende situatie waarbij ze herhaaldelijk werd opgenomen wegens toenemende recidiverende pijnklachten. Bij de laatste opname stond ze onder hoge doseringen opioïden, te weten 2dd 60mg methadon en 6dd 20mg oxynorm. Dit werd bij een 34-jarige patiënte als een onhoudbare situatie beschouwd, waarop opnieuw een multidisciplinair overleg (MDO) werd belegd tussen pijnspecialisten, MDL-artsen en chirurgen van het UMCG. Na uitgebreid overleg en counseling van patiënte, werd besloten tot chirurgische revisie, te weten een extra-hepatische galwegresectie met Roux-Y reconstructie. Het galwegweefsel werd voor pathologisch anatomisch (PA) onderzoek gestuurd, waaruit bleek dat ter hoogte van de operatieclip een traumatisch neurinoom groeide vanuit de CBD (PA-afbeelding 2).

Achtergrond II

Een neurinoom is een woekering van voornamelijk Schwann-cellen, die kan ontstaan na trauma (bijv. chirurgie) of spontaan. Pijnklachten ten gevolge van een neurinoom zijn met name bekend bij amputatietrauma van vingers of onderste extremiteiten. Obductiedata toont aan dat ongeveer 10% van de patiënten die een cholecystectomie ondergaan een neurinoom vanuit de CBD ontwikkelen, meestal asymptomatisch. In de literatuur zijn ongeveer 85 case-reports te vinden over een neurinoom vanuit de CBD, vaak aan het licht gekomen door geelzucht ten gevolge van compressie van de CBD, waarbij het in de work-up voor een cholangiocarcinoom werd aangezien. Pijnklachten op deze locatie worden nagenoeg niet omschreven. Echter is de hypothese in deze casus dat dit door druk van de clip op het neurinoom zou komen.

Casusafsluiting

Patiënte onderging in februari jongstleden de chirurgische revisie. Sindsdien is zij klachtenvrij, heeft zij haar oxynorm afgebouwd tot stoppen en bouwt ze nu haar methadon, onder begeleiding van een verslavingsarts, af.

Conclusie

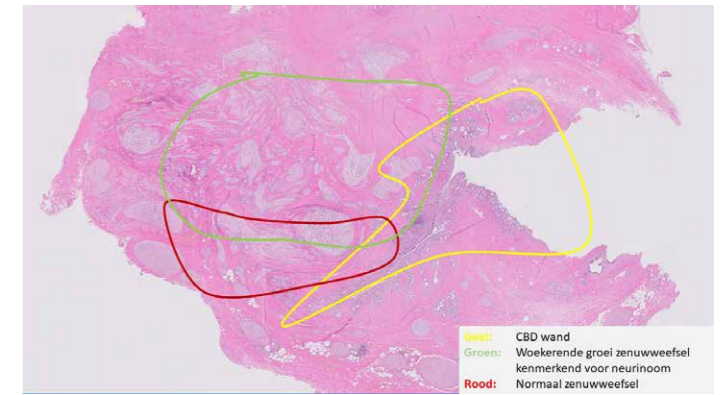
Hoewel deze bevinding zeldzaam is, komt de diagnose chronische pijn, vaak gepaard gaande met opioïde afhankelijkheid, steeds vaker voor. Voor behandelend artsen blijft het een uitdaging om te zoeken naar behandelbare onderliggende oorzaken door te blijven zoeken naar objectieerbare bevindingen. Zoals in bovengenoemde casus, wees de forse pijnprikkel onder propofol-sedatie op een viscerale prikkel, wat uiteindelijk leidde tot de juiste diagnose en behandeling.

Drs. J.M. Meijer, Anios MDL UMCG

NVGE PhD Netwerk Summer School



Op 21 juni 2024 vond de tweede editie van de Summer School georganiseerd door het NVGE PhD Netwerk plaats. Met MDL en GE-chirurgie PhD-studenten uit alle hoeken van het land kwamen we samen in Utrecht. We delen graag nog eens de hoogtepunten van deze dag met jullie.



Afbeelding 2

Bronvermelding:

- Lamberts MP, Lameris W, Kruidenier J, Westert GP, van Laarhoven CJ, Stassen LP. Persistent and de novo symptoms after cholecystectomy: a systematic review of cholecystectomy effectiveness. *Surg Endosc.* 2013;27(3):709-18.
- Jaunoo SS, Johnson P, Zacharakis E, Wyatt J. Postcholecystectomy syndrome. *Int J Surg.* 2010;8(1):15-7.
- Jensen SW, Raoul G, Steen W, Roed C. Postcholecystectomy syndrome. *Medscape.* 2022.
- Sleiman YA, Shaheen AW, Mahfouz AE. A late unusual complication after an open cholecystectomy: Amputation neuroma of the CBD causing obstructive jaundice. *Int J Surg Case Rep.* 2017;39:123-5.
- Ali K, Alam S, Tariq K, Ahmed A. Biliary tree traumatic neuroma following laparoscopic cholecystectomy: A case report and literature review. *Med Int.* 2023;3.
- Oliveira RA, Pereira MA, Fontes B, Silva AM, Monteiro LH, Pradella LM. Time course of traumatic neuroma development. *PLoS One.* 2018;13(5)

In de eerste sessie nam Sara Sprinkhuizen (the Data Vision Lab) ons mee in de wereld van datavisualisatie. Met concrete achtergrondinformatie zoals de 'Gestalt principes' kon het publiek zelf ondervinden hoe datavisualisatie invloed heeft op de manier waarop data wordt geïnterpreteerd. Door je data net anders te rangschikken, kun je de belangrijkste uitkomsten in een oogwenk op een begrijpelijke manier aan de lezer duidelijk maken. Mooie voorbeelden van Sara's werk voor onder andere NTvG en H&W gaven inspiratie voor duidelijke en vernieuwende toepassingen van datavisualisatie.

Vervolgens vertelde Megan Engels (arts-onderzoeker MDL in het LUMC en bestuurslid Roze in Wit) over het belang van

MAKE A DIFFERENCE IN THE 1ST ROUND



Nu ook **beschikbaar** voor de behandeling van de **ziekte van Crohn!**

Fast relief^{***} & Durable remission^{***}

De enige JAK-remmer geregistreerd voor colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn¹

RINVOQ is geïndiceerd voor de behandeling van volwassen patiënten met matige tot ernstige actieve colitis ulcerosa (CU) en voor de behandeling van volwassen patiënten met matige tot ernstige actieve ziekte van Crohn die onvoldoende reageerden op, niet meer reageerden op of intolerant waren voor een conventionele behandeling of een biologisch geneesmiddel ('biological').¹

* Patiënten behandeld met upadacitinib vertoonden significante verbeteringen ten opzichte van placebo in CU-symptomen (SF (Stool frequency), RB (Rectal Bleeding), abdominal pain and bowel urgency) tussen dag 1 en 3 gehandhaafd tot en met dag 14.² ** Upadacitinib zorgde voor snelle symptoomverlichting, met significante verschillen in klinische respons in termen van de CDAI (Crohn's Disease Activity Index)-score in week 2 (afname van CDAI > 100 punten ten opzichte van baseline) en klinische remissie van CDAI (gemiddelde dagelijkse SF score ≤ 2,8 en APS ≤ 1,0, beide niet hoger dan baseline) in week 4 in beide inductieonderzoeken (P < 0,001).³ *** Duurzame remissie. CU: Klinische remissie per aangepaste Mayo-score (SF score ≤ 1 en niet groter dan bij baseline, RBS = 0, Endoscopic Score ≤ 1 zonder verhoogde bloedingsneiging) in week 52 onder patiënten die klinische remissie bereikten volgens aangepaste Mayo-score in week 8 met RINVOQ 45 mg inductiebehandeling (n=159). CD: Klinische remissie: gemiddelde dagelijkse SF score ≤ 2,8 en APS ≤ 1,0 en niet hoger dan de baseline. Gedefinieerd als klinische remissie bereikt in week 52 bij patiënten die klinische remissie bereikten bij inclusie in het onderhoudsonderzoek. **Bijwerkingen:** (≥ 3% van de patiënten) bij 45 mg, 30 mg of 15 mg upadacitinib: een bovensteluchtweginfectie (19,9%), pyrexie (8,7%), verhoogde creatinekinase (CK) in het bloed (7,6%), anemie (7,4%), hoofdpijn (6,6%), acne (6,3%), herpes zoster (6,1%), neutropenie (6,0%), rash (5,2%), pneumonie (4,1%), hypercholesterolemie (4,0%), bronchitis (3,9%), verhoogde aspartaataminotransferase (3,9%), vermoeidheid (3,9%), folliculitis (3,6%), verhoogde alanineaminotransferase (3,5%), herpes simplex (3,2%) en influenza (3,2%).

TERUGBLIK



inclusiviteit in wetenschappelijk onderzoek. Na het toelichten van de terminologie horend bij intersectionaliteit, werd stap voor stap doorgenomen hoe inclusiviteit kan worden toegepast binnen verschillende fasen van wetenschappelijk onderzoek. Deze concrete handvatten zorgen ervoor dat alle onderzoekers hier direct mee aan de slag kunnen. Na de lunch werd het programma voortgezet door Monic Groenendaal (trainingsmanager Farma en Health, partner Management Drives). Zij vertelde ons alles over de zes kleuren van Management Drives. Alle deelnemers gingen aan de slag met een vragenlijst en kwamen zo achter hun eigen-

schappen en valkuilen in samenwerking; erg waardevol om hier inzicht in te krijgen binnen ieder onderzoeksteam!

De laatste spreker van de dag was Desirée Leemreis-van Noord (MDL-arts Franciscus Gasthuis & Vlietland). Zij vertelde in een colleegetoursessie over haar carrière, waarin wetenschappelijk onderzoek nauw vervlochten is met haar werk in de periferie. Het enthousiasme van Desirée werkte aanstekelijk en vanuit het publiek werden dan ook volop vragen gesteld.

De dag werd afgesloten met een drankje en de mogelijkheid om te netwerken met collega PhD-studenten uit heel Nederland. Wat ons betreft was het een zeer geslaagde Summer School en wij willen graag alle sprekers en aanwezigen bedanken voor hun deelname. We zien iedereen graag terug bij de volgende editie!

Heb je de Summer School gemist omdat je nog geen lid bent 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 Strop, commissaris extern, UMC Groningen
Elyke Visser, commissaris communicatie, Franciscus Gasthuis & Vlietland

VOORUITBLIK

DDD september 2024

Symposium Reflux – Sectie Neurogastroenterologie en Motiliteit

Donderdag 12 september
11.45-12.45 in het Auditorium

Refluxziekte is een frequent voorkomende aandoening, waar alle MDL-artsen maar vaak ook gastrointestinale chirurgen mee te maken krijgen in de dagelijkse praktijk. In het najaarsymposium van de sectie neurogastroenterologie en motoriek zullen de belangrijkste aspecten van diagnostiek, conservatieve en chirurgische behandeling van refluxziekte

worden besproken met een state-of-the-art update. Wanneer is het zinvol om aanvullend onderzoek te doen? Wat de doen na falen van initiële behandeling middels PPI? Welke patiënten dienen doorverwezen te worden naar de chirurg? Dit zijn enkele vragen die aan bod zullen komen. Hierin zullen ook de nieuwste inzichten vanuit de herziene richtlijn refluxziekte, welke naar verwachting dit najaar ook geautoriseerd wordt, worden gedeeld.

Sprekers:

Niek Warringa, PA Amsterdam UMC
José Conchillo, MDL-arts Maastricht UMC+
Willem Huetting, chirurg, Alrijne ziekenhuis

Symposium Sectie Groene MDL

Woensdag 11 september
14.30 - 16.00 in het Auditorium

Tijdens dit symposium nemen wij u mee in verschillende onderwerpen die de Nederlandse (MDL) zorg kunnen verduurzamen. Bekend is dat een dieet dat voornamelijk bestaat uit plantaardige voeding niet alleen goed is voor het milieu maar ook gezondheidsvoordelen heeft. In een pro-contra sessie

nemen wij u mee in de discussie tussen een diëtiste en een MDL-arts. Zij zullen met elkaar in gesprek gaan over of het voorschotelen van een dergelijk dieet aan klinische patiënten de standaard moet en kan worden in de Nederlandse ziekenhuizen. Verder nemen wij het BVO CRC onder de 'groene' loep en bespreken met u welke verduurzamingslagen hierin gemaakt kunnen worden. Tot slot voorzien wij u van meerdere tips&tricks hoe u uw eigen endoscopie-afdeling kunt verduurzamen.

Symposium Digitalisering

Donderdag 12 september
9.15 - 11.45 uur in de Parkzaal

De recent opgerichte NVMDL commissie Digitalisering organiseert een vernieuwend symposium om in de volle breedte het onderwerp Digitalisering van de zorg te bespreken. Het symposium brengt een breed scala aan sprekers samen waarbij we de verschillende aspecten van dit boeiende onderwerp uitgebreid zullen belichten.

Voorzitter Govert Veldhuijzen zal de commissie doelen presenteren. Prof. Marieke Pierik (MDL) zal haar licht laten schijnen over het centraliseren van EPD's en big data. Daarna zal ethicus Laura Hartman ons meenemen in de ethische aspecten van o.a. de inzet van AI in de zorg. Na de pauze wacht u een wervelwind aan toekomstperspectieven, waarbij de veelbelovende tandem van dr. Jeroen de Groof

(MDL) en dr. Fons van der Sommen (ir. TUE) ons het fenomeen AI uit de doeken zal doen en hoe we hier als MDL-arts ons voordeel mee kunnen doen. Dit wordt verder aangevuld met de inspirerende visie van prof. Jacques Bergman (MDL) over de endoscopie kamer van de toekomst. Vervolgens zal dr. Joost Gesink (MDL) aansluiten en vanuit zijn dubbelrol als MDL-arts en CMIO (Chief Medical Information Officer, FMS) ons de poli van de toekomst schetsen. Het programma zal tussendoor doorspekt zijn met input vanuit en interactie met het publiek met behulp van creatieve moderator Suzanne Verheijden. Zij zal met haar diverse achtergrond (o.a. digivaardiginzorg.nl) bovendien een ludieke twist geven aan het programma door middels een quiz ons meer bij te brengen over de succesfactoren van digitale transformatie door zorgverleners én patiënten.

Govert Veldhuijzen en Anne-Fré Swager

NVH Symposium

Woensdag 11 september
09.30-10.45

De NVH verzorgt in samenwerking met de Dutch Hepatocellular & Cholangiocarcinoma Group deze dag een symposium waarin de onlangs gepubliceerde Nederlandse richtlijn Hepatocellulair Carcinoom (HCC) centraal staat. Deze richtlijn is bedoeld voor alle professionals die in de tweede of derde lijn

betrokken zijn bij de surveillance, diagnostiek, behandeling en begeleiding van patiënten met een HCC. Sprekers vanuit verschillende disciplines (Chirurgie, MDL, Radiologie, Medische Oncologie en Radiotherapie) zullen in dit symposium deze richtlijn presenteren en met u discussiëren over wat volgens de huidige maatstaven de beste zorg is voor deze groep patiënten.

We nodigen u van harte uit aanwezig te zijn!

NVGE PhD Netwerk sessie

"Door de ogen van de editor: hoe wordt
jouw manuscript gereviewd?"

Donderdag 12 september
11.45 - 12.45 in zaal 81

Iedere PhD-student krijgt ermee te maken: het reviewproces. Maar wat gebeurt er nu precies met jouw manuscript terwijl jij zit te duimen dat het geaccepteerd wordt? Hoe schrijf je een mooie cover letter die ervoor zorgt dat jouw artikel in het reviewproces terecht komt? En hoe kun je het beste reageren op het commentaar van de reviewers? Tij-

dens de NVGE PhD Netwerk sessie in het najaar nemen prof. dr. Joost Drenth (Editor in Chief UEG Journal en MDL-arts bij Amsterdam UMC) en dr. Zsa Zsa Weerts (Trainee Editor UEG Journal en Aios MDL bij MUMC+) ons mee voor een blik achter de schermen bij de editors. Vanuit hun ervaring bij UEG Journal vertellen zij hoe het reviewproces eraan toe gaat en zullen zij alle vragen beantwoorden.

Het inschrijftarief voor PhD-studenten is vanaf nu flink gereduceerd dus we hopen jullie allemaal te zien deze DDD. Uiteraard zijn ook geïnteresseerden anders dan PhD-studenten van harte uitgenodigd om deze interessante sessie bij te wonen!

Symposium MLDS Less is more in de GE-chirurgie?

Donderdag 12 september
13.45- 14.45 in de Brabantzaal

Kan intensieve follow-up bij CRC helpen om urgente benigne GE-chirurgie te prioriteren op het OK-programma? En zo aan IBD-patiënten hun (kwaliteit van) leven teruggeven? En recidiverende choledocholithiasis voorkomen? Hierover wil de Maag Lever Darm Stichting samen met zorgprofessionals en patiëntenorganisaties de discussie entameren in deze tijd van krapte in de MDL-zorg.

Complementerende chirurgie of intensieve follow-up voor het lokaal verwijderd T1 CRC

Leon Moons, MDL-arts UMCU en voorzitter van de T1-CRC-werkgroep



De discussie gaat over alle argumenten waarom je zou moeten kiezen voor complementerende chirurgie dan wel intensieve follow-up. Hierin komen steeds meer nieuwe inzichten dat follow-up (een soort wait and see) wel eens even effectief kan zijn als complementerende chirurgie

op de uitkomstmaat CRC-specifieke overleving. Hier vindt echt een verandering plaats in de wijze waarop we de zorg in Nederland uitvoeren. De neiging bestaat om steeds minder te opereren. Is dit terecht?

Stroomlijnen van de zorg voor mensen met choledocholithiasis; Dutch-TIMELINESS

Teus Weijs, GE-chirurg, Dutch Timeliness Projectgroep



Galstenen komen bij 1 op de 10 Nederlanders voor. Een veel voorkomende complicatie is migratie van een steen van de galblaas naar de ductus choledochus. Naast heftige pijn, kan dit ook cholestase, cholangitis of pancreatitis veroorzaken. De behandeling bestaat uit ERCP én een vroege cholecystectomie.

Dit laatste gebeurt echter maar in circa 10 procent van de gevallen in Nederland. In deze sessie zullen we bespreken hoe we deze zorg nationaal kunnen stroomlijnen én wat daar de verwachte impact van is.

Tijd voor normen in de IBD-chirurgie?

Milan Richir, GE-chirurg UMC Utrecht



Lange wachttijden voor electieve chirurgische ingrepen bij IBD-patiënten leiden tot slechtere levenskwaliteit, meer spoedoperaties en hogere kosten. Wordt het niet tijd dat we, net als voor oncologische patiënten, normen opstellen voor betere en snellere chirurgische zorg voor IBD-patiënten?



MAKE THE URGENT CHANGE WITH OMVOH



**STERKE EN
AANHOUDEnde
KLINISCHE REMISSIE***



**SNELLE SYMPTOOM-
REDUCTIE INCLUSIEF
BOWEL URGENCY#**



**VEILIGHEIDSPROFIEl
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.



Symposium MLDS

Sessie 'Het aanjagen van vroegsignalering alcoholproblematiek onder patiënten door zorgprofessionals'

Woensdag 11 september 16.30-17.30 in het Auditorium

Problematisch alcoholgebruik komt vaker voor bij patiënten die binnenkomen bij ziekenhuizen in vergelijking met de algemene bevolking. Zo wordt tussen de 10% en 34% van de patiënten in ziekenhuizen positief gescreend op problematisch alcoholgebruik, variërend per afdeling (Johnson et al., 2014; Van Loon et al., 2017; Wakeman et al., 2020). Desondanks worden alcoholproblemen nog niet altijd even goed herkend door zorgprofessionals (Im et al. 2021). Ook weten zij vaak niet hoe het alcoholgebruik met hun patiënten te bespreken. Dat is jammer; je wil immers voorkomen als arts of verpleegkundige dat je deze patiënten geregeld terugziet en langzaam achteruit ziet gaan als je alleen op de lichamelijke klachten focust. Als zorgprofessionals het alcoholgebruik met hun patiënten bespreken kunnen zij een belangrijke rol spelen in verandering van het gedrag en hen stimuleren zorg te ondergaan. Juist iemand die in een kwetsbare positie verkeert, bijvoorbeeld wanneer deze het ziekenhuis bezoekt in verband met een alcohol gerelateerde aandoening, is vaak ontvankelijker voor gedragsverandering en leefstijladviezen (Brust et al., 2024).

Hoe is het gesteld met het huidige gedrag, de kennis, houding en bereidheid bij artsen en verpleegkundigen om die sleutelrol te vervullen als het gaat om screening, vroegsignalering en bespreekbaar maken van problematisch alcoholgebruik en risicovol gebruik bij hun patiënten? En wat zijn de plannen om binnen de ziekenhuizen in Nederland hiermee aan de slag te gaan?

Inmiddels kunnen de resultaten gepresenteerd worden van onderzoek dat door Tranzo, Tilburg University is uitgevoerd in samenwerking met het Amsterdam UMC en OLVG en de KNMG naar het huidige gedrag van zorgprofessionals ten aanzien van vroegsignalering alcoholproblematiek. Deze onderzoeken vonden plaats tegen de achtergrond van initiatieven die landelijk genomen worden door het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek (SVA), in het bijzonder door de werkgroep 2e lijn daarbinnen waarbij diverse Nederlandse ziekenhuizen en GGZ-instellingen zijn aangesloten. Belangrijk producten van de werkgroep zijn een Handreiking Implementatie vroegsignalering alcoholproblematiek in ziekenhuizen (Kools et al., 2020) en een bijbehorende zakkaart.

Het onderzoek

Onder artsen en verpleegkundigen van de MDL-afdeling en SEH van het Amsterdam UMC en OLVG is een vragenlijst

uitgezet. Ook onder een artsenpanel van het KNMG is deze vragenlijst uitgezet. Dit artsenpanel bestaat uit huisartsen, artsen binnen ziekenhuizen en GGZ-instellingen en bedrijfsartsen.

Uit de voorlopige resultaten blijkt dat de houding van professionals t.o.v. vroegsignalering relatief positief is. Daarnaast wordt al wel regelmatig uitgevraagd of en hoeveel patiënten drinken, maar daadwerkelijke screening en vervolgacties blijven achter. De kennis en houding van professionals t.o.v. vroegsignalering bleken positief gerelateerd te zijn aan hun huidige gedrag in vroegsignalering van alcoholproblematiek. Tijdens de sessie zullen de resultaten uitgebreider worden gepresenteerd.

Presentatie

Hoe staat het met de kennis, houding, intentie en het huidige gedrag in vroegsignalering onder zorgprofessionals?, door Annelien Esselink, junior onderzoeker bij Tranzo, Tilburg University

Paneldiscussie onder voorzitterschap van Dr. Hanneke van Soest, voorzitter van de hepatologie commissie van de NVMDL

In gesprek met:

Dr. Bart Takkenberg, Gastroenteroloog & Hepatoloog VUmc

Dr. Marlies De Rond, beleidsadviseur KNMG

Annelien Esselink, MSc Tranzo, Tilburg University

Dr. Rob Bovens, Tranzo, Tilburg University, wvd. Projectleider werkgroep 2e lijn en lid Adviesraad van het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek (SVA); en een zorgprofessional van de SEH van het Jeroen Bosch-Ziekenhuis-arts.

Gespreksthema's

- Hoe kan de kennis uit het gepresenteerde onderzoek vertaald worden naar de praktijk in Nederland?
- Wat zijn leerpunten en concrete ervaringen met de implementatie van vroegsignalering van alcoholproblematiek in het ziekenhuis (MDL- en SEH-afdelingen)?
- Welke projecten staan concreet op stapel vanuit het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek (met bijzondere aandacht voor een bij ZonMw voorgesteld doorbraakproject in drie ziekenhuizen (LUMC, JBZ en Amsterdam UMC).



Videosymposium - Sectie Endoscopie

Donderdag 12 september
8.45 - 10.15 in het Auditorium

Eén van de hoogtepunten van de DDD: het jaarlijkse videosymposium! Begin de dag goed met bijzondere casus, nieuwe technieken en instructieve video's van collega's uit het hele land. Een gepolijste video is niet nodig, ook een reeks foto's in een korte presentatie dragen bij aan kennisoverdracht. Schroom daarom niet om een bijdrage te leveren, waarbij de beste video-abstracts in dit symposium worden vertoond.



Programma V&VN

Donderdag 12 september in diverse zalen

Deze editie van de DDD biedt de achterban van de V&VN MDL een inspirerend programma met boeiende sprekers en interactieve sessies. We starten de dag met een lezing van Caring doctors. Dr. Patrick Deckers neemt ons mee in de uitdaging tot verder verduurzamen van de zorg in ziekenhuizen. Verder biedt het programma onderwerpen zoals comfort op de endoscopie, FAP/Lynch, achalasia en leefstijlcoaching.

In de middag bieden we speciaal voor onze IBD-verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten de mogelijkheid om een Meet the Expert sessie bij te wonen. Dr. Cyriel Ponsioen, expert op het gebied van IBD en PSC,

zal zijn expertise en ervaringen delen. Dit is een unieke kans om diepgaande kennis op te doen en praktische vragen te stellen aan een vooraanstaand specialist. Het middagprogramma voor de endoscopieverpleegkundigen en verpleegkundig endoscopisten start met een lezing van niemand minder dan Machteld Huber. Zij zal ons meenemen in de wereld van positieve gezondheid en hoe dit concept geïntegreerd kan worden in onze dagelijkse praktijk. Haar innovatieve benadering biedt nieuwe inzichten voor het bevorderen van welzijn bij patiënten. We eindigen de middag met een presentatie over het beleid rondom antistolling.

Gast spreker

Sessie Opening DDD – Keynote lecture

Altered gastric motility, from dumping syndrome to gastroparesis.

Professor Tack is hoofd van de afdeling Maag, Darm en Leverziekten aan de Universitaire Ziekenhuizen te Leuven, Professor in de Inwendige Geneeskunde aan de Katholieke Universiteit Leuven en President van de Rome Foundation for Disorders of Gut-Brain Interaction. Hij was in 2023 laureaat van de Europese UEG lifetime achievement award en de internationale Herbert Falk Award. Zijn klinisch en wetenschappelijk werk richt zich op stoornissen van gastrointestinale motiliteit, sensitiviteit en de controle van voedselinname. Dit omvat studies over gastroparese en dumping syndroom, twee entiteiten waarvoor Prof. Tack recente internationale consensus processen leidde. Deze processen en hun impact op de kliniek zullen in de voordracht gepresenteerd worden.



Het risico op kanker proximaal van het colon bij FIT-positieve deelnemers binnen het landelijk bevolkingsonderzoek darmkanker.

De Klaver W, van der Vlugt M, Spaander MC, Bossuyt PM, Dekker E. Risk of cancers proximal to the colon in fecal immunochemical test positive screenees in a colorectal cancer screening program. Gastroenterology. 2024 Apr 30;50016-5085(24)00493-1. doi: 10.1053/j.gastro.2024.04.028. Online ahead of print. PMID: 38697486.

Nederlandse samenvatting door:

Drs. Willemijn de Klaver, arts-onderzoeker, Amsterdam UMC/Antoni van Leeuwenhoek, Anios Interne Geneeskunde, Spaarne Gasthuis.
Dr. Manon van der Vlugt, MDL-arts, Amsterdam UMC.
Prof. dr. Evelien Dekker, MDL-arts, Amsterdam UMC.

Achtergrond

In Nederland is het bevolkingsonderzoek darmkanker gebaseerd op een niet-invasieve screeningstest, de fecale immunochemische test (FIT), gevolgd door een coloscopie bij personen met een positieve FIT-uitslag (afkapwaarde $\geq 47 \mu\text{g Hb/g}$ faeces). De FIT kan kleine hoeveelheden bloed opsporen in de ontlasting die kunnen wijzen op de aanwezigheid van darmkanker of gevorderde darmpoliepen (i.e. geavanceerde neoplasie [AN]). Door de FIT als triage test te gebruiken worden er zo min mogelijk mensen onnodig doorverwezen voor coloscopie. Toch wordt er bij ongeveer 60% van de deelnemers met een positieve FIT-uitslag bij coloscopie geen AN gevonden.⁽¹⁾ De bloedsporen in de ontlasting zouden mogelijk afkomstig kunnen zijn van een tumor proximaal van het colon (e.g. kanker van de bovenste tractus digestivus, mondholte, neus of keel).

Methoden

Om een beter begrip te krijgen van het risico op kanker proximaal van het colon, in FIT-positieve deelnemers, hebben we de data van het bevolkingsonderzoek gekoppeld met de Nederlandse Kankerregistratie (NKR). We evalueerden het risico op kanker proximaal van het colon binnen drie jaar na deelname aan het bevolkingsonderzoek. Onder kanker proximaal van het colon vallen; kanker in de mondholte, neus, keel, oesofagus, maag, duodenum (inclusief de papil van Vater), jejunum en ileum. Daarnaast evalueerden we separaat het risico op kanker detecteerbaar middels gastroscopie [EGD], nl. kanker van de oesofagus, maag en het duodenum (inclusief de papil van Vater).

Gezien recente literatuur suggereert dat FIT-positieve deelnemers ook een verhoogd risico hebben op andere ziekten

dan darmkanker of kanker proximaal van het colon, hebben we vervolgens ook gekeken naar het voorkomen van tien andere veel voorkomende kankers (nl. kanker van de long, lever, intra- en extrahepatische galwegen, schildklier, blaas, lymfklieren, alvleesklier, nier, prostaat, borst, baarmoederhals en kanker van het hematopoietische en reticulo-endotheliale systeem).

We vergeleken drie groepen:

1. FIT-positieve deelnemers met AN tijdens de coloscopie (FIT+/AN+)
2. FIT-positieve deelnemers zonder AN tijdens de coloscopie (FIT+/AN-)
3. FIT-negatieve deelnemers (FIT-).

Voor iedere groep berekenden we de cumulatieve incidentie. Gezien het kanker risico veelal toeneemt met de leeftijd, hebben we gecorrigeerd voor leeftijd middels een cox-regressie analyse waarbij we daarnaast gestratificeerd hebben voor geslacht. We evalueerden in deze analyse systematisch of de relatieve hazard voor kanker significant verschilde tussen de verschillende groepen (FIT+/AN+, FIT+/AN- en FIT-).

Bevindingen

We includeerden 1,948,075 deelnemers van het Nederlandse bevolkingsonderzoek darmkanker die tussen 2014 en 2018 deelnamen. De driejarige cumulatieve incidentie van kanker proximaal van het colon was 0.7% in FIT+/AN+ deelnemers (n=65,767), 0.6% in FIT+/AN- deelnemers (n=50,661) en 0.4% in FIT-negatieve deelnemers (n=1,831,647). FIT-positieven hadden een significant hogere kans op kanker proximaal van het colon ten opzichte van FIT-negatieven ($P < 0.001$; HR 1.55; 95% CI, 1.44-1.67). Er was echter geen significant verschil in het risico op kanker proximaal van het colon in FIT-positieven met en zonder AN ($P = 0.527$; HR 1.58; 95% CI, 1.44-1.74 versus 1.51; 95% CI 1.34-1.70). Wanneer alle FIT-positieve deelnemers een gastroscopie zouden ondergaan, dan zou er in 1 op de 255 FIT-positieve deelnemers een middels gastroscopie detecteerbare kanker worden gedetecteerd, ervan uitgaande dat alle EGD-detecteerbare kankers al detecteerbaar waren op het moment van FIT screening.

De cumulatieve incidentie van de tien andere kankers lag veelal onder de 1%, met als uitzondering die van long-, prostaat- en borstkanker, met een cumulatieve incidentie tussen

PROGRAMMA SEPTEMBER 2024

WOENSDAG 11 SEPTEMBER 2024

Woensdag	Brabantzaal	Auditorium	Baroniezaal	Zaal 80
09.30 - 10.45	Symposium / abstracts Sectie Inflammatoire Darmziekten I: Therapie en behandeluitkomsten	Symposium Nederlandse Vereniging voor Hepatologie: Richtlijn HCC	Career event NVMDL i.o. College tour MDL Aansluitend ALV NVMDLio	Meet the expert NVGIC: Data en toekomst van robot UGI chirurgie in Nederland
10.45 - 11.15	Koffiepauze	Koffiepauze	Koffiepauze	Koffiepauze
11.15 - 12.15	Plenaire opening DDD en President Select. Uitreiking Gastrostart-subsidies Uitreiking Researchprijs Keynote Prof. dr. J. Tack: Altered gastric motility, from dumping syndrome to gastro-paresis			
12.15 - 12.30	ALV Nederlandse Vereniging voor Gastroenterologie			12.00 - 14.30 uur Seniorenprogramma
12.30 - 13.30	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	12.00 - 13.00 Ontvangst en lunch in restaurant Porticato
Tijdens lunch in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	
13.30 - 14.30	Abstractsessie Sectie Gastrointestinale Endoscopie	Gecombineerde abstractsessie Sectie Oncologie/NVGIC	Abstractsessie Nederlandse Vereniging voor Hepatologie	
14.30 - 16.00	Symposium Werkgroep Bariatrie	Symposium Groene MDL	Aansluitend om 14.45 uur: ALV Nederlandse Vereniging voor Hepatologie	
16.00 - 16.30	Theepauze	Theepauze	Theepauze	Theepauze
16.30 - 17.30	Symposium / abstracts Sectie Inflammatoire Darmziekten II: Beeldvorming IBD	Symposium: Vroegsignalering Alcoholproblematiek, Alcoholpreventie voor de Gezonde Generatie		
17.30 - 18.15	Top abstracts NVGE Uitreiking proefschrift-prijs			
18.15 - 19.30	Informele afsluiting in expositiehal			
19.30 - 22.00	Diner in Beneluxhal			
22.00 - 00.00	Gelegenheid tot netwerken			

DONDERDAG 12 SEPTEMBER 2024

Donderdag	Brabantzaal	Auditorium	Baroniezaal	Parkzaal
08.45 - 10.15	Programma V&VN MDL: Leefstijl	Videosymposium Sectie Gastrointestinale endoscopie		Symposium NVMDL Commissie Digitalisering I
10.15 - 10.45	Koffiepauze	Koffiepauze	Koffiepauze	Koffiepauze
10.45 - 11.45	Vervolg programma V&VN MDL: Leefstijl	Symposium / abstracts Sectie Inflammatoire Darmziekten III: Nieuwe ontwikkelingen in IBD	Meet the expert: PEC	Symposium NVMDL Commissie Digitalisering II
11.45 - 12.45		Symposium Sectie Neurogastro-enterologie & Motiliteit: Reflux	Meet the expert Crohn & colitis NL: Agenderen van werk en IBD in de spreekkamer	Symposium Sectie Gastrointestinale Oncologie: Oeps het was een NET
12.45 - 13.45	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal
Tijdens lunch in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer
13.45 - 15.15	Symposium Less is more in de GE-chirurgie?	Best of DDD, wrap-up sessies Endoscopie, Oncologie en Hepatologie	Meet the expert Crohn & colitis NL: Microscopische colitis vandaag de dag	V&VN MDL - Endoscopie
15.15 - 16.30			ALV Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen	

Donderdag	Zaal 80/81
08.45 - 10.15	
10.15 - 10.45	Koffiepauze
10.45 - 11.45	
11.45 - 12.45	PhD netwerk: Door de ogen van de editor: hoe wordt jouw manuscript gereviewd?
12.45 - 13.45	Lunch expositiehal
Tijdens lunch in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer
13.45 - 15.15	V&VN MDL Meet the expert: PSC en IBD

ALV
 PROGRAMMA V&VN MDL
 MEET THE EXPERT
 SYMPOSIUM
 ABSTRACTSESSIE
 SENIORENPROGRAMMA

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 1

de 1% en 3%. Voor alle bestudeerde kanker (sub)types was de hazard rate ratio voor FIT-positieven ten opzichte van FIT-negatieven onder de 2.0. Alleen voor longkanker en nierkanker was er een significant verschil in de hazard rate ratio in FIT-positieven met en zonder AN tijdens de coloscopie.

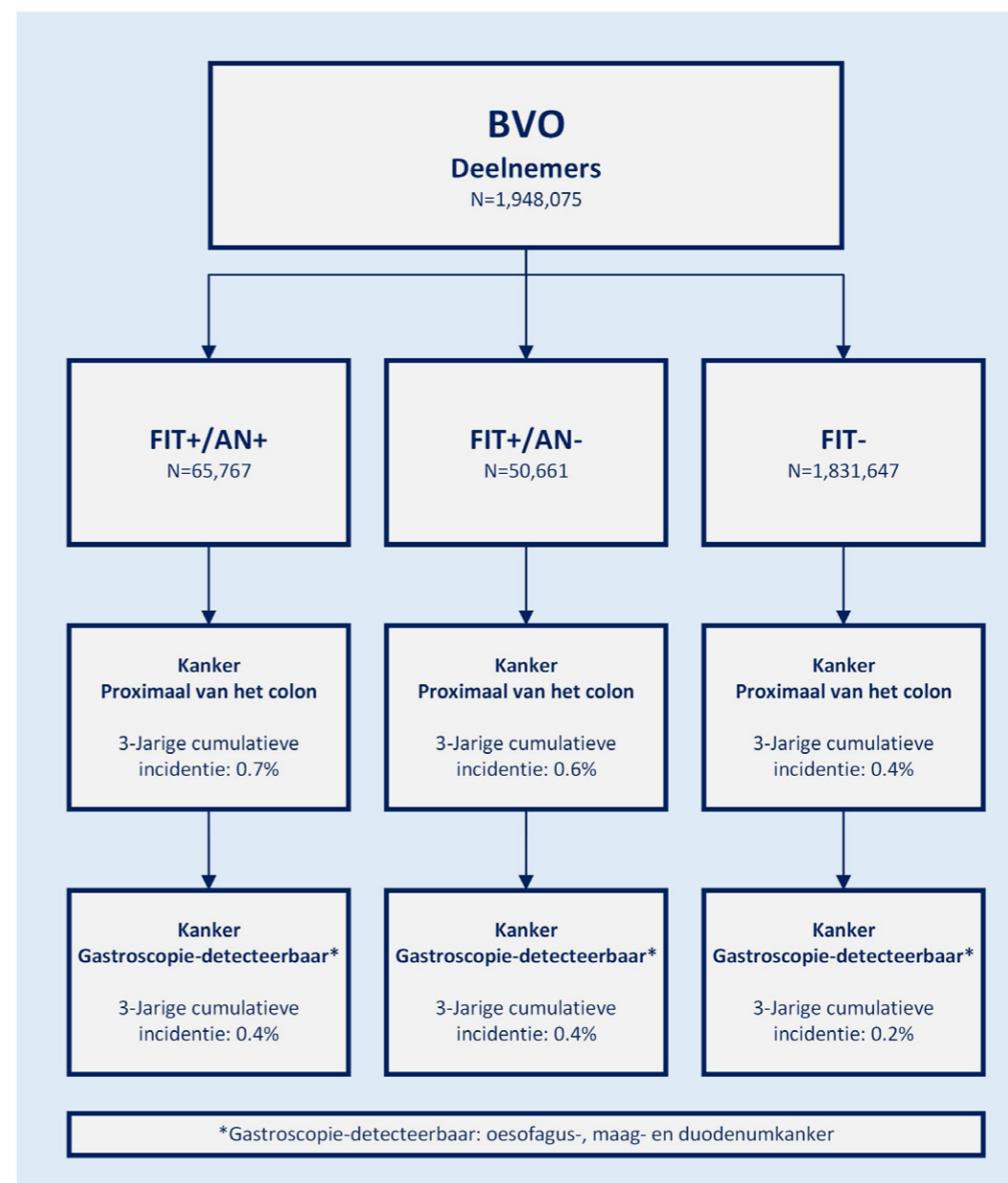
Conclusie en implicaties voor de toekomst

Hoewel FIT-positieven een verhoogde kans hebben op kanker proximaal van het colon en kankers op andere locaties, is de driejarige cumulatieve incidentie van deze kankers

erg laag. Wij concluderen dat het standaard uitvoeren van een gastroscopie in alle asymptomatische FIT-positieve deelnemers niet te rechtvaardigen is, aangezien de driejarige cumulatieve incidentie onder de 1% ligt. Toekomstige studies moeten nagaan welke additionele risicofactoren een dergelijke aanvullende screeningstest wel rechtvaardigen.

Bronnen:

1. Advies Evaluatie en optimalisatie van het bevolkingsonderzoek darmkanker (2022)



Figuur 1. Flowdiagram bevolkingsonderzoek deelnemers en de cumulatieve incidentie van kanker proximaal van het colon binnen drie jaar na FIT screening.



Dynamisch voorspellen van hooggradige dysplasie of colorectaal carcinoom bij patiënten met inflammatoire darmziekten

Wijnands AM, Penning de Vries BBL, Lutgens MWMD, Bakshi Z, Al Bakir I, Beaugerie L, Bernstein CN, Chang-Ho Choi R, Coelho-Prabhu N, Graham TA, Hart AL, Ten Hove JR, Itzkowitz SH, Kirchgessner J, Mooiweer E, Shaffer SR, Shah SC, Elias SG, Oldenburg B; Dutch Initiative on Crohn and Colitis (ICC). *Dynamic Prediction of Advanced Colorectal Neoplasia in Inflammatory Bowel Disease. Clin Gastroenterol Hepatol.* 2024 Feb 29;51542-3565(24)00214-3. doi: 10.1016/j.cgh.2024.02.014. Epub ahead of print. PMID: 38431223.

Nederlandse samenvatting door: drs. Anouk M. Wijnands, arts-onderzoeker en AIOS MDL, UMC Utrecht. Mede namens: Bas B.L. Penning de Vries, MSc, PhD, prof. dr. Bas Oldenburg, MDL-arts, UMC Utrecht, dr. Maurice W.M.D. Lutgens, MDL-arts, Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis en dr. Sjoerd G. Elias, klinisch epidemioloog, Julius Centrum UMC Utrecht

Achtergrond

Patiënten met inflammatoire darmziekten (IBD) met >30%

colon betrokkenheid komen in aanmerking voor colorectaal carcinoom (CRC) surveillance vanwege het verhoogde CRC risico. De huidige richtlijn, gebaseerd op 'expert opinie', adviseert het gebruik van een risico-stratificatie methode met surveillance intervallen variërend van jaarlijks tot iedere vijf jaar (1). Het hoge aantal interval CRCs (gerapporteerd tot 30%) laat zien dat hoog-risico patiënten onvoldoende worden geïdentificeerd. Anderzijds zal het overgrote deel van de IBD patiënten nooit CRC ontwikkelen. Correcte identificatie van laag-risico individuen kan leiden tot een reductie in het aantal surveillance procedures.

Idealiter zouden de surveillance intervallen vastgesteld worden op basis van het toekomstige CRC risico van de individuele patiënt. Omdat het individuele risico van een patiënt kan variëren over de tijd is een 'dynamisch' voorspelmodel vereist. Deze studie had als doel om een dynamisch multivariabel voorspelmodel te ontwikkelen om het risico op gevorderde colorectaal neoplasie (advanced colorectal

neoplasia: hooggradige dysplasie en CRC) te voorspellen bij patiënten met IBD met een indicatie voor CRC surveillance.

Methode

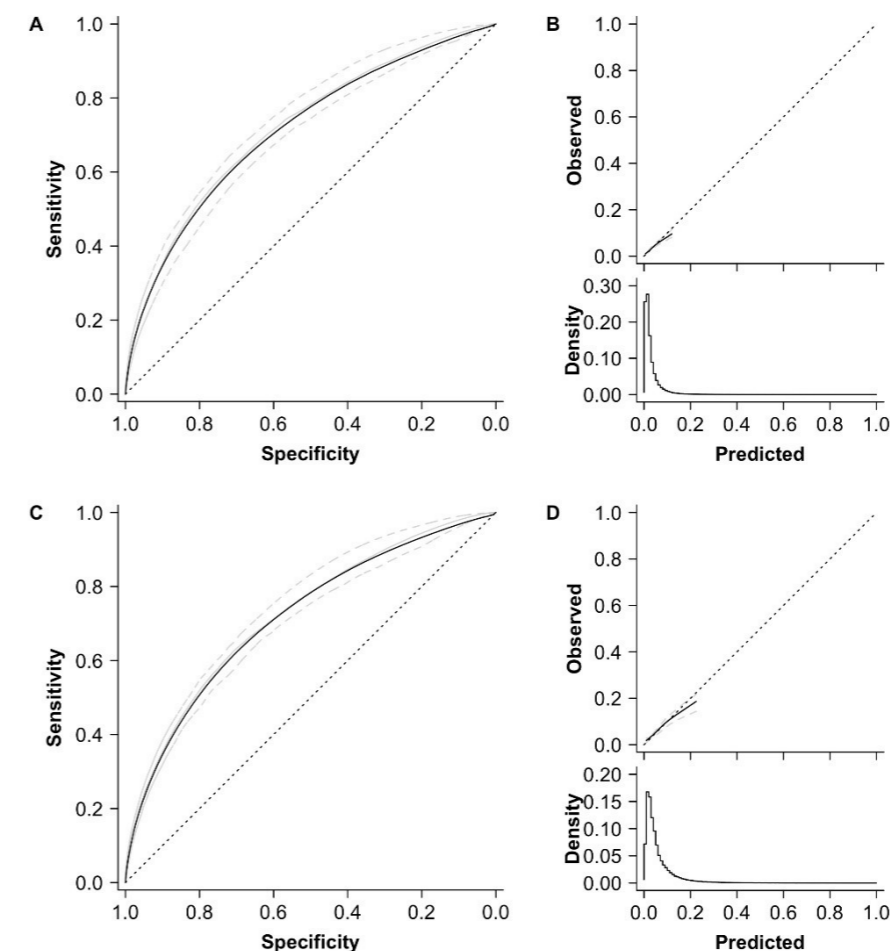
In deze studie zijn zes bestaande surveillance cohort studies gecombineerd tot een grote internationale database. 1 Patiënten met IBD met een indicatie voor CRC surveillance en ≥ 1 follow-up procedure zijn geïnceludeerd. Patiënten met status na colectomie of aCRN werden geëxcludeerd. Op voorhand zijn acht voorspellende factoren geselecteerd (Tabel 1). Deze factoren zijn geselecteerd op basis van de geschatte impact op aCRN (2) en de frequentie in de IBD populatie. Het dynamische multivariabele voorspelmodel is ontwikkeld gebruik makend van een landmark analyse met Cox proportional hazard modellen (5- en 10-jaars voorspellingen). De prestatie van het model is geëvalueerd door te kijken naar discriminatie (mogelijkheid om patiënten met kortere en langere tijd tot uitkomst te onderscheiden met behulp van risico voorspellingen) en kalibratie resultaten (mate van overeenkomst tussen voorspelde en geobserveerde risico's). De generaliseerbaarheid van het model is

onderzocht door middel van interne-externe cross-validatie (ontwikkeling van het model in vijf cohorten en validatie in het zesde cohort).

Bevindingen

De data van de verschillende cohorten zijn verzameld tussen 1973 en 2021. Er werden 3,731 patiënten geïnceludeerd met een mediane follow-up tijd van 5.7 jaar (26,336 patiëntjaren van follow-up). De diagnose aCRN werd gesteld bij 146 patiënten (3.9%). Tabel 1 toont het model.

De mediane c-statistic was 0.74 en 0.75 voor 5- en 10-jaar voorspellingen (ROC curve in figuur 1). De kalibratie curves zijn geëvalueerd als goed, met een neiging tot overschatting van het voorspelde aCRN risico (Figuur 1). Interne-externe cross-validatie toonde een acceptabele discriminatie (c-statistic per cohort 0.68-0.72 en 0.67-0.74 voor 5- en 10-jaar voorspellingen) en redelijk tot goede kalibratie resultaten. In recente data (2010 en later) verbeterde de discriminatie (mediane c-statistic 0.80 en 0.82 voor 5- en 10-jaar voorspellingen) en bleef de kalibratie gelijk. De toegevoegde waarde van voorspellingen met het nieuwe model



Figuur 1.

Model discriminatie en kalibratie resultaten gebaseerd op de overkoepelende analyse voor (A en B) 5- en (C en D) 10-jaar voorspellingen

(A en C) Receiver operating characteristic (ROC) (discriminatie) waarbij de gestippelde diagonale lijn slechte discriminatie toont. De discriminatie is als goed beoordeeld op basis van deze curve. (B en D) Kalibratie curves waarbij de gestippelde diagonale lijn excellente kalibratie toont. De kalibratie is geëvalueerd als goed, met een neiging tot overschatting van het voorspelde aCRN risico.



HET ENIGE ANTIDOTUM DAT FXa-REMMING UITSCHAKELT¹

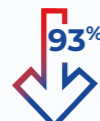
Ondexxya
andexanet alfa

Voor patiënten die apixaban of rivaroxaban gebruiken met een levensbedreigende of ongecontroleerde bloeding

Snel & Effectief Ondexxya bij apixaban en rivaroxaban gebruikers:



Herstelt FXa-remming binnen 2 minuten na bolus²

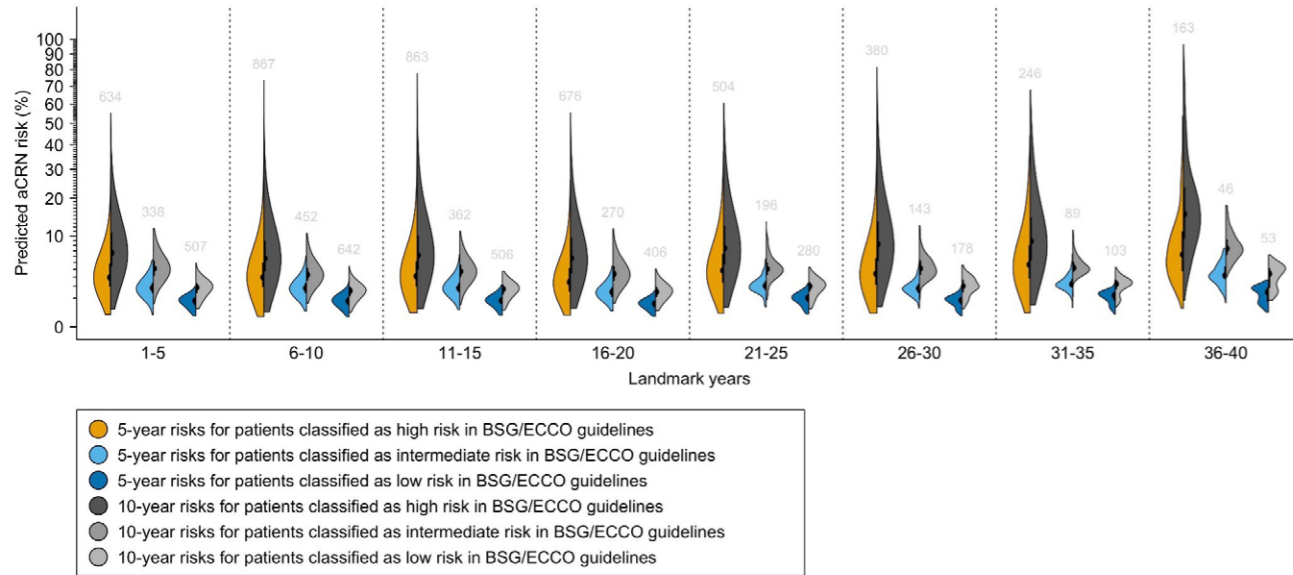


Afname van anti-factor-Xa²



Van alle patiënten had uitstekende of goede hemostatische werkzaamheid na 12 uur²

NL-13119 Prod. 12.2023



Figuur 2: Voorspelde risico's op aCRN voor 5- en 10-jaar voorspellingen afgebeeld voor patiënten gestratificeerd volgens de huidige ECCO en BSG richtlijn

Tabel 1. Multivariabel voorspelmodel voor het risico op aCRN bij patiënten met IBD onder actieve surveillance (gecombineerd super model, voorspel termijn: einde studie)

Predictor	Categories	log-HR	HR	95% CI	P-value	Shrunken
Extensive disease	Yes versus no	1.0703	2.9162	1.4370 - 5.9177	0.0030	2.6963
Prior dysplasia (IND or LGD)	Yes versus no	1.2582	3.5191	2.4532 - 5.0480	0.0082e ⁻⁹	3.2093
Primary sclerosing cholangitis	Yes versus no	0.7695	2.1587	1.3446 - 3.4658	0.0014	2.0404
Male sex	Yes versus no	0.0927	1.0972	0.6809 - 1.7679	0.7033	1.0897
Ulcerative colitis/IBD-unclassified	Yes versus no	-0.2283	0.7959	0.4777 - 1.3259	0.3806	0.8093
Post-inflammatory polyps	Yes versus no	0.5304	1.6995	1.1614 - 2.4870	0.0063	1.6348
Age at IBD diagnosis²	Years (continuous)	-0.0165	0.9837	0.9629 - 1.0050	0.1318	0.9849
Highest grade of endoscopic inflammation (ref. 0)						
1	1 versus 0	0.7203	2.0550	1.4933 - 2.8278	0.0098e ⁻³	1.9494
2	2 versus 0	0.8249	2.2816	1.6703 - 3.1166	0.0022e ⁻⁴	2.1478
3	3 versus 0	1.5514	4.7183	3.2605 - 6.8279	0.0020e ⁻¹³	4.2115

BELANGRIJK: data niet gecorrigeerd voor overfitting.
aCRN, gevorderde colorectaal neoplasie; AIC, akaïke information criterion; exp, exponential; HR, hazard ratio; IBD, inflammatoire darmziekten; IND, indefinite for dysplasia; LGD, laaggradige dysplasie.
1: Shrunken HRs: exp(b*0.9268).
2: Leeftijd bij IBD diagnose: AIC inclusief en exclusief leeftijd, respectievelijk, 7639 and 7657

ten opzichte van de huidige risicostratificatie in de richtlijn kan onder meer afgelezen worden aan het aantal patiënten met een initieel laag voorspeld risico dat nu ingedeeld wordt in de hoog-risico groep en vice versa (Figuur 2).

De data tonen aan dat het voorspelde aCRN risico in een aanzienlijk deel van de patiënten laag is: 39.8% van de patiënten heeft een voorspelt 10-jaar aCRN risico <3% (geobserveerde gemiddelde aCRN risico 2.5%).

Conclusie en implicaties voor de toekomst

Het nieuwe dynamische voorspelmodel toont goede discriminatie en kalibratie resultaten bij interne validatie. Wij adviseren om het model in de praktijk te gaan toepassen, waarbij na implementatie de voorspellende waarde dient te worden bevestigd. Om het model te implementeren moeten de voorspelde aCRN risico's worden gerelateerd aan surveillance intervallen op basis van expert consensus. Hierbij moet rekening worden gehouden met het feit dat de patiënten in deze database een lager risico op aCRN zullen hebben door het beschermende effect van surveillance. Bovendien kan besloten worden om bij patiënten met een voorspeld risico gelijk aan de achtergrondpopulatie van surveillance af te zien en hen te laten participeren in het bevolkingsonderzoek darmkanker.

1: Databases afkomstig uit St. Mark's Hospital, Engeland; Mount Sinai Hospital, VS; Mayo Clinic, VS; University of Manitoba, Canada; retrospectieve (7 centra) en prospectieve (4 centra) Nederlandse databases.

Referenties

(1) Gordon H, Biancone L, Fiorino G, Katsanos KH, Kopylov U, Al Sulais E, Axelrad JE, Balendran K, Burisch J, de Ridder L, Derikx L, Ellul P, Greuter T, Iacucci M, Di Jiang C, Kapizioni C, Karmiris K, Kirchgerner J, Laharie D, Lobatón T, Molnár T, Noor NM, Rao R, Saibeni S, Scharl M, Vavricka SR, Raine T. ECCO Guidelines on Inflammatory Bowel Disease and Malignancies. *J Crohns Colitis*. 2023 Jun 16;17(6):827-854. doi: 10.1093/ecco-jcc/jjac187. PMID: 36528797.
(2) Wijnands AM, de Jong ME, Lutgens MWMD, Hoentjen F, Elias SG, Oldenburg B; Dutch Initiative on Crohn and Colitis (ICC). Prognostic Factors for Advanced Colorectal Neoplasia in Inflammatory Bowel Disease: Systematic Review and Meta-analysis. *Gastroenterology*. 2021 Apr;160(5):1584-1598. doi: 10.1053/j.gastro.2020.12.036. Epub 2020 Dec 29. PMID: 33385426.



DDD SCIENCE 3

Covered vs. Bare-metal stenten van de mesenteriaal artieriën bij patiënten met chronische mesenteriaal ischemie: een multicenter, patiënt en onderzoeker geblindeerde gerandomiseerde gecontroleerde studie

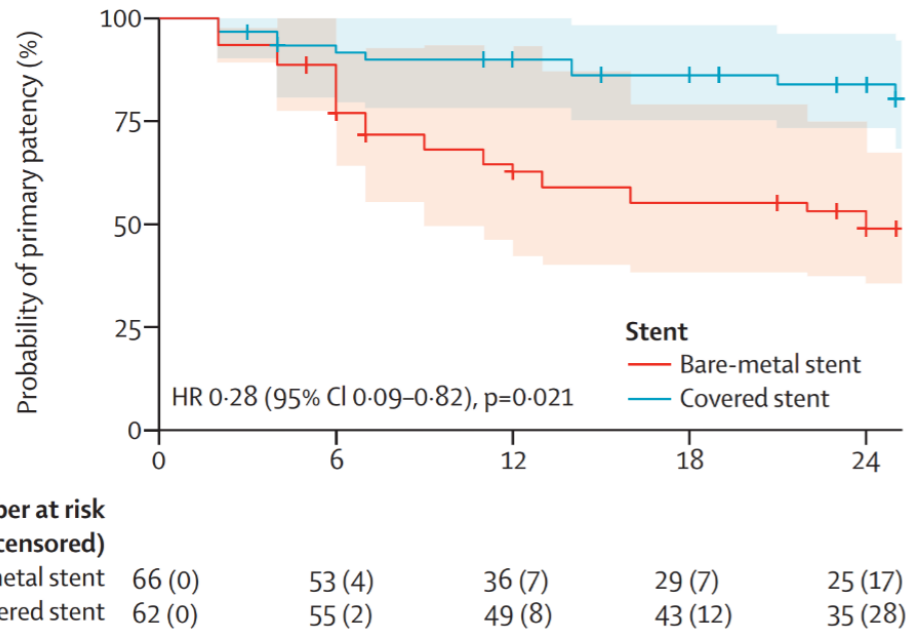
Terlouw LG, van Dijk LJD, van Noord D, Bakker OJ, Bijdevaate DC, Eriker NS, Fioole B, Harki J, van den Heuvel DAF, Hinnen JW, Kolkman JJ, Nikkessen S, van Petersen AS, Smits HFM, Verhagen HJM, de Vries AC, de Vries JPM, Vroegindeweij D, Geelkerken RH, Bruno MJ, Moelker A; Dutch Mesenteric Ischemia Study Group. Covered versus bare-metal stenting of the mesenteric arteries in patients with chronic mesenteric ischaemia (CoBaGI): a multicentre, patient-blinded and investigator-blinded, randomised controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2024 Apr;9(4):299-309. doi: 10.1016/S2468-1253(23)00402-8. Epub 2024 Jan 29.

Bruno, MDL-arts, Mesenteriaal Ischemie Centrum Rotterdam, Erasmus MC

Achtergrond

Chronische mesenteriaal ischemie (CMI) is een invaliderende aandoening, waarbij patiënten hevige post-prandiale pijn ervaren, met angst om te eten en gewichtsverlies tot gevolg. (1) Bij de overgrote meerderheid van de patiënten wordt CMI veroorzaakt door atherosclerotische occlusies of stenosen van één of meer mesenteriaal artieriën. De huidige standaard behandeling is percutane stentplaatsing met een bare-metal stent om de aangedane mesenteriaal arterie te revasculariseren. Echter treedt na 3 jaar in 44-48% van de bare-metal stents een restenose op, met een re-interventie tot gevolg. (1-2) Gecoverde stents zouden het aantal restenosen substantieel kunnen verminderen.(2) Het doel van deze

Nederlandse samenvatting door: dr. Luke G. Terlouw, AIOS MDL, Mesenteriaal Ischemie Centrum Rotterdam, Erasmus MC, dr. Desirée Leemreis-van Noord, MDL-arts, Mesenteriaal Ischemie Centrum Rotterdam, Franciscus Gasthuis & Vlietland, prof. dr. Marco J.



Figuur 1.
Survival analyse van de stent doorgankelijkheid (primary patency) na 24 maanden
HR = hazard ratio;

Number at risk (number censored)

Stent	0	6	12	18	24
Bare-metal stent	66 (0)	53 (4)	36 (7)	29 (7)	25 (17)
Covered stent	62 (0)	55 (2)	49 (8)	43 (12)	35 (28)

Verkorte productinformatie RINVOQ® (mei 2024)

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. **Naam en samenstelling:** RINVOQ 15 mg tabletten met verlengde afgifte. Elke tablet met verlengde afgifte bevat upadacitnib-hemihydraat, overeenkomend met 15 mg upadacitnib. RINVOQ 30 mg tabletten met verlengde afgifte. Elke tablet met verlengde afgifte bevat upadacitnib-hemihydraat, overeenkomend met 30 mg upadacitnib. RINVOQ 45 mg tabletten met verlengde afgifte. Elke tablet met verlengde afgifte bevat upadacitnib-hemihydraat, overeenkomend met 45 mg upadacitnib. **Indicaties:** RINVOQ is geïndiceerd voor de behandeling van matige tot ernstige actieve reumatoïde artritis en actieve artritis psoriatica bij volwassen patiënten die onvoldoende hebben gereageerd op een of meer disease-modifying antirheumatic drugs (DMARD's), of conventionele behandeling of die niet kunnen verdragen. RINVOQ kan worden gebruikt als monotherapie of in combinatie met methotreëaat. RINVOQ is geïndiceerd voor de behandeling van axiale spondyloartritis: actieve niet-radiografische axiale spondyloartritis bij volwassen patiënten met objectieve tekenen van ontsteking, die onvoldoende hebben gereageerd op niet-steroïde ontstekingsremmers (NSAIDs), en actieve spondylitis ankylopoetica bij volwassen patiënten die onvoldoende hebben gereageerd op conventionele behandeling. RINVOQ is geïndiceerd voor de behandeling van matige tot ernstige atopische dermatitis (constitutioneel eczeem) bij volwassenen en adolescenten vanaf 12 jaar die in aanmerking komen voor systemische therapie. RINVOQ is geïndiceerd voor de behandeling van volwassen patiënten met matige tot ernstige actieve colitis ulcerosa (CU) en voor de behandeling van volwassen patiënten met matige tot ernstige actieve ziekte van Crohn die onvoldoende reageren op, niet meer reageren op of intolerant waren voor een conventionele behandeling of een biologisch geneesmiddel (biologier). **Dosering: Reumatoïde artritis, artritis psoriatica en axiale spondylartritis:** De aanbevolen dosis upadacitnib is 15 mg eenmaal daags. Als patiënten met axiale spondylartritis na 16 weken behandeling geen klinische respons hebben, dient stopzatten van de therapie te worden overwogen. **Atopische dermatitis:** De aanbevolen dosis upadacitnib is 15 mg of 30 mg eenmaal daags, afhankelijk van de toestand van de individuele patiënt. Bij patiënten ≥ 65 jaar is de aanbevolen dosis 15 mg eenmaal daags. De aanbevolen dosis upadacitnib is 15 mg eenmaal daags voor adolescenten van 12 tot en met 17 jaar met een gewicht van ten minste 30 kg. Upadacitnib kan worden gebruikt met of zonder topische corticosteroiden. **Colitis ulcerosa:** De aanbevolen inductiedosis upadacitnib is 45 mg eenmaal daags gedurende 8 weken. Bij patiënten die na 8 weken geen voldoende therapeutisch voordeel hebben bereikt, kan de dosis van 45 mg upadacitnib eenmaal daags nog eens 8 weken worden voortgezet. De aanbevolen onderhoudsdosis upadacitnib is 15 mg of 30 mg eenmaal daags, afhankelijk van de toestand van de individuele patiënt. Bij patiënten ≥ 65 jaar is de aanbevolen dosis 15 mg eenmaal daags. **Ziekte van Crohn:** De aanbevolen inductiedosis upadacitnib is 45 mg eenmaal daags gedurende 12 weken. Bij patiënten die na de aanrankelijke inductie gedurende 12 weken geen voldoende therapeutisch voordeel hebben bereikt, kan overwogen worden de inductie met nog eens 12 weken te verlengen met een dosis van 30 mg eenmaal daags. De aanbevolen onderhoudsdosis upadacitnib is 15 mg of 30 mg eenmaal daags, afhankelijk van de toestand van de individuele patiënt. Bij patiënten ≥ 65 jaar is de aanbevolen onderhoudsdosis 15 mg eenmaal daags. **Voer alle indicaties goed:** Een behandeling mag niet worden ingezet bij patiënten met een absolute lymfocytentelling (ALC) < 0,5 × 10⁹ cellen/l, een absolute neutrofielentelling (ANC) < 1 × 10⁹ cellen/l of een hemoglobinewaarde (hb) < 8 g/dl. Zie rubriek 4.2 in de volledige SmPC voor meer informatie over dosering, laboratoriumwaarden en behandeling. **Contra-indicaties:** Overgevoelghed voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. Actieve tuberculose of actieve infecties. Ernstige leverfunctiestoornis. Zwangerschap. **Waarschuwingen:** Upadacitnib dient bij de volgende patiënten alleen te worden gebruikt wanneer er voor hen geen geschikte behandelingsalternatieven beschikbaar zijn: patiënten van 65 jaar en ouder, patiënten met een atherosclerotische cardiovasculaire aandoening of andere cardiovasculaire risicofactoren in de medische voorgeschiedenis (zoals patiënten die al lang reuven of eerder langdurig hebben gerooken), patiënten met risicofactoren voor maligniteiten (bijv. patiënten met een aanwezig maligniteit of een maligniteit in de medische voorgeschiedenis). Er zijn in klinische onderzoeken met upadacitnib voorvalen van MAC, diep veneuze trombose en longembolie waargenomen. Combinaties met andere krachtige immunosuppressiva zijn niet in klinische onderzoeken geëvalueerd en worden niet aanbevolen, omdat een risico op versterkte immunosuppressie niet kan worden uitgesloten. Er is bij patiënten die upadacitnib kregen mediatormetabele herpes zoster, orales/oesofageale candidiasis (pneumonie, esofalitis, bacteriële meningitis en sepsis) en van opportunistische infecties (tuberculose, multifoculmetabele herpes zoster, caries/oesofageale candidiasis en cryptococcosis). Patiënten moeten zorgvuldig gecontroleerd worden op het ontstaan van tekenen en symptomen van infectie tijdens en na de behandeling met upadacitnib. De behandeling met upadacitnib moet worden onderbroken bij ernstige of opportunistische infectie krijgt. Soms patiënten op tuberculose voordat met een behandeling met upadacitnib wordt begonnen. Upadacitnib mag niet worden gegeven aan patiënten met actieve tuberculose. In klinische onderzoeken werd melding gemaakt van virale reactivering, inclusief gevallen van reactivering van het herpesvirus (bijv. herpes zoster). Het risico op herpes zoster (bij hoge te zijn bij Japanse patiënten die werden behandeld met upadacitnib). Er zijn geen gegevens beschikbaar over de respons op vaccinaties met levende vaccins bij patiënten die upadacitnib krijgen. Het gebruik van levende, verzwaakte vaccins tijdens of onmiddellijk vóór de behandeling met upadacitnib wordt niet aanbevolen. Bij patiënten die met een JAK-remmer (inclusief upadacitnib) zijn behandeld, zijn lymfomen en andere maligniteiten gemeld. Niet-melanoom huidkankers (MMSC's) zijn gemeld bij patiënten die werden behandeld met upadacitnib. Immunomodulerende geneesmiddelen kunnen het risico op maligniteiten, inclusief lymfomen, verhogen. De klinische gegevens zijn momenteel beperkt. Bij 1% van de patiënten in klinische onderzoeken werd melding gemaakt van een absolute neutrofielentelling (ANC) < 1 × 10⁹ cellen/l, absolute lymfocytentelling (ALC) < 0,5 × 10⁹ cellen/l en hemoglobine < 8 g/dl. Gevallen van diverticulitis en gastro-intestinale perforaties zijn gemeld in klinische onderzoeken en tijdens post-marketing observaties. Voorzichtigheid is geboden bij gebruik van upadacitnib in combinatie met een overblijfselremmer of andere immunosuppressiva. De behandeling met upadacitnib moet worden gestaakt als er een risico op verhoogd risico op diverticulitis, NSAIDs, corticosteroiden en opioïden. De behandeling met upadacitnib wordt in verband gebracht met een dosisaafhankelijke toename in lipoproteïnen, inclusief totaal cholesterol, LDL-cholesterol en HDL-cholesterol. Het effect van deze verhoging (lipidparameters) op cardiovasculaire mortaliteit en morbiditeit is niet vastgesteld. De behandeling met upadacitnib moet in verband gebracht met een toegenomen incidentie van gastro-intestinale symptomen in vergelijking met placebo. Als een toename van ALAT en ASAT wordt waargenomen tijdens routinemonitoring van de patiënt en door het geneesmiddel gebronzeerde leververschade wordt vermoed, moet de behandeling met upadacitnib worden onderbroken tot deze diagnose wordt uitgesloten. Er zijn bij patiënten die met upadacitnib zijn behandeld ernstige overgevoelghedsreacties zoals anafylaxie en anorgo-toedoen gemeld. Als er een klinisch significante overgevoelghedsreactie optreedt, dient de behandeling met upadacitnib te worden gestaakt. Er zijn meldingen geweest van hypoglykemie na aanvang van het gebruik van JAK-remmers, waaronder upadacitnib, bij patiënten die medicatie voor diabetes krijgen. Het kan nodig zijn om de dosis van de anti-diabetica aan te passen als er hypoglykemie optreedt. Zie voor een volledige lijst de huidige SmPC. **Bijwerkingen:** Zeer vaak (≥ 1/10): bovenste luchtweginfecties, acne. Vaak (≥ 1/10): bronchitis, herpes zoster, herpes simplex, folliculitis, influenza, urosepsis/mieraandoening, niet-melanoom huidkanker, sepsis, neutropenie, lymfomen, hypercholesterolemie, hyperlipidemie, hoofdpijn, duizeligheid, verhoging, hoesten, buikpijn, misselijkheid, urticaria, rash, vermoeidheid, pijn, verhoogde CK in bloed, ALAT-activiteit, ASAT-verhoging, gevoelghed, zwakte. **Afleveringsstatus:** U.R. Wegdalen: EU/191404/001-011. **Registratienummer:** EU/191404/001-011. **Registratiedatum:** Abbvie/Duitsland GmbH & Co. KG, Krollstrasse, 67061 Ludwigsfelde, Duitsland. Neem voor vragen contact op met de lokale vertegenwoordiger van de registratiehouder Abbvie B.V., Wegdalen 9, 2132 JD Hoofddorp. Telefoonnummer: 088 322 2843. Gedetailleerde informatie over elk geneesmiddel is beschikbaar op de website van het Europees Geneesmiddelenbureau (www.ema.europa.eu) en op www.abbvie.com in het productinformatieblad.



Verkorte productinformatie Ondexxya® 200 mg poeder voor oplossing voor infusie (Dec 2023)
▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. **Farmaceutische vorm en samenstelling:** Elke injectieflacon bevat 200 mg andexanet alfa. Na reconstitutie bevat elke ml oplossing 10 mg andexanet alfa. Poeder voor oplossing voor infusie. **Farmacotherapeutische categorie:** Alle andere therapeutische producten, antidota. **ATC-code:** V03AB38. **Indicatie:** Voor volwassen patiënten die worden behandeld met een directe factor Xa-remmer (FXa-remmer) (apixaban of rivaroxaban) wanneer omkering van antistolling nodig is als gevolg van levensbedreigende of ongecontroleerde bloedingen. **Dosering en wijze van toediening:** Uitsluitend voor gebruik in ziekenhuizen. Toediening als intraveneuze bolus met een streefwaarde van 30mg/min gedurende 15 minuten (lage dosis, 400 mg) of 30 minuten (hoge dosis, 800 mg), gevolgd door toediening van een continue infusie van 4 mg/min (lage dosis) of 8 mg/min (hoge dosis) gedurende 120 minuten. Blijf de oplossing na reconstitutie m.b.v. een PES inlinerfilter (0,2 of 0,22 micron) of een gelijkwaardig laag eiwitbindend filter over naar steriele spuit met groot volume (bij toediening via spuitpomp) of naar lege PO of PVC infuuszakken. Als de sterkte van de laatste dosis antistollingsmiddel of het interval tussen de laatste dosis en de bloedingsepisoden niet bekend is, is er geen dosisaanbeveling beschikbaar. **Doseringsregime voor omkering van rivaroxaban:** laatste dosis ≤ 10 mg, < 8 uur: lage dosis; laatste dosis > 10 mg, ≥ 8 uur: lage dosis; laatste dosis ≤ 5 mg, < 8 uur: hoge dosis; laatste dosis > 5 mg, < 8 uur: hoge dosis; laatste dosis > 10 mg, > 8 uur: lage dosis; laatste dosis > 10 mg, < 8 uur: hoge dosis; laatste dosis > 10 mg, > 8 uur: lage dosis. Overweeg hernieuwde antistolling na toediening van Ondexxya en beëindigen van een eerste bloeding. Herstel antitrombotische therapie zodra dit medisch is geïndiceerd als de patiënt klinisch stabiel is en voldoende hemostase is bereikt, waarbij de afweging tussen de voordelen van antistolling en de risico's van hernieuwde bloeding moet worden gemaakt. **Contra-indicaties:** Overgevoelghed voor de werkzame stof of voor één van de hulpstoffen. Bekende allergische reactie op hamster-eiwitten. **Waarschuwingen en voorzorgen:** Ondexxya is ongeschikt als voorbehandeling bij spoedeisende operaties. Gebruik voor omkering van edoxaban of enoxaparine wordt niet aanbevolen vanwege gebrek aan gegevens. Ondexxya heeft de effecten van niet-FXa-remmers niet om. Monitoring van de behandeling dient m.n. gestoeld te zijn op klinische parameters, indicatief voor een geschikte respons (d.w.z. het bereiken van hemostase), gebrek aan werkzaamheid (d.w.z. opnieuw bloeden) en bijwerkingen (d.w.z. tromboembolie-voorvallen). Monitoring van Ondexxya behandeling mag niet gebaseerd zijn op anti-FXa-activiteit. Commerciële anti-FXa-activiteitstests zijn ongeschikt voor anti-FXa-activiteitsmetingen na Ondexxya toediening. Deze tests leiden tot foutief verhoogde anti-FXa-activiteitsniveaus, met als gevolg een aanzienlijke onderschatting van het omkerend effect van Ondexxya. Dosisaanbeveling is gebaseerd op gegevensmodellering van gezonde vrijwilligers. Validatie is nog niet geslaagd. Gegevens over bloedende patiënten zijn beperkt. Voorlopige gegevens duiden op een hoger risico op trombose bij patiënten die de hogere dosis Ondexxya ontvangen, voorheen de lagere dosis van de anti-FXa-remmer, en patiënten die rivaroxaban gebruiken. Behandeling met Ondexxya van patiënten met ernstiger ICH is niet onderzocht. Er zijn trombotische voorvallen gemeld na behandeling van patiënten met Ondexxya. Omkerende FXa-remmertherapie stelt patiënten bloot aan het trombotische risico van de onderliggende ziekte. Daarnaast vormt het onafhankelijk procoagulerend effect van Ondexxya, gemiddeld door remming van tissue factor pathway inhibitor, een risico voor het ontstaan van trombose. De duur van dit effect bij bloedende patiënten is niet bekend. Laboratoriumparameters zoals anti-FXa-activiteit, endogeen trombinetendenciepoteëntieel of trombosemarkers zijn mogelijk niet betrouwbaar als leidraad. Om dit risico te verminderen, moet, zodra medisch passend, herhaving van de antistollingstherapie na voltooiing van de behandeling worden overwogen. Bij gezonde vrijwilligers werden dosisaafhankelijke verhogingen van de stollingsmarkers F1 + 2, TAT en D-dimeer, en dosisaafhankelijke verhogingen van TPII waargenomen na Ondexxya toediening. Er werden geen trombo-embolieën of andere trombotische voorvallen waargenomen. Het gebruik van andexanet alfa kan de trombo-embolieën versterken. De behandeling met upadacitnib wordt in verband gebracht met een dosisaafhankelijke toename in lipoproteïnen, inclusief totaal cholesterol, LDL-cholesterol en HDL-cholesterol. Het effect van deze verhoging (lipidparameters) op cardiovasculaire mortaliteit en morbiditeit is niet vastgesteld. De behandeling met upadacitnib moet in verband gebracht met een toegenomen incidentie van gastro-intestinale symptomen in vergelijking met placebo. Als een toename van ALAT en ASAT wordt waargenomen tijdens routinemonitoring van de patiënt en door het geneesmiddel gebronzeerde leververschade wordt vermoed, moet de behandeling met upadacitnib worden onderbroken tot deze diagnose wordt uitgesloten. Er zijn bij patiënten die met upadacitnib zijn behandeld ernstige overgevoelghedsreacties zoals anafylaxie en anorgo-toedoen gemeld. Als er een klinisch significante overgevoelghedsreactie optreedt, dient de behandeling met upadacitnib te worden gestaakt. Er zijn meldingen geweest van hypoglykemie na aanvang van het gebruik van JAK-remmers, waaronder upadacitnib, bij patiënten die medicatie voor diabetes krijgen. Het kan nodig zijn om de dosis van de anti-diabetica aan te passen als er hypoglykemie optreedt. Zie voor een volledige lijst de huidige SmPC. **Bijwerkingen:** Zeer vaak (≥ 1/10): bovenste luchtweginfecties, acne. Vaak (≥ 1/10): bronchitis, herpes zoster, herpes simplex, folliculitis, influenza, urosepsis/mieraandoening, niet-melanoom huidkanker, sepsis, neutropenie, lymfomen, hypercholesterolemie, hyperlipidemie, hoofdpijn, duizeligheid, verhoging, hoesten, buikpijn, misselijkheid, urticaria, rash, vermoeidheid, pijn, verhoogde CK in bloed, ALAT-activiteit, ASAT-verhoging, gevoelghed, zwakte. **Afleveringsstatus:** U.R. Wegdalen: EU/191404/001-011. **Registratienummer:** EU/191404/001-011. **Registratiedatum:** Abbvie/Duitsland GmbH & Co. KG, Krollstrasse, 67061 Ludwigsfelde, Duitsland. Neem voor vragen contact op met de lokale vertegenwoordiger van de registratiehouder Abbvie B.V., Wegdalen 9, 2132 JD Hoofddorp. Telefoonnummer: 088 322 2843. Gedetailleerde informatie over elk geneesmiddel is beschikbaar op de website van het Europees Geneesmiddelenbureau (www.ema.europa.eu) en op www.abbvie.com in het productinformatieblad.



studie was het onderzoeken of gecoverde stents vaker goed doorgankelijk bleven dan bare-metal stents.

Methode

In deze gerandomiseerde, multicenter, patiënt en onderzoeker geblindeerde studie werden patiënten met atherosclerotische CMI, die gepland stonden voor percutane stentplaatsing, geïncludeerd. Er werd onderzocht of gecoverde stents na 24 maanden vaker goed doorgankelijk bleven dan bare-metal stents. Patiënten werden geïncludeerd wanneer de diagnose CMI werd gesteld op basis van consensus binnen een multidisciplinaire expert groep.(1) Exlusie criteria waren een stenose langer dan 25 mm, de noodzaak tot het oversteden van een belangrijke zijtak, absolute contra-indicaties voor jodiumhoudend contrast en een eerdere mesenteriale stentplaatsing. Het primaire eindpunt was de doorgankelijkheid van de stent na 24 maanden. De doorgankelijkheid van de stents werd beoordeeld door het verrichten van een CT-angiografie 6, 12 en 24 maanden na de stentplaatsing. Een stent werd als niet meer doorgankelijk beschouwd als de stenose 75% van het lumenale oppervlak bedroeg. Secundaire eindpunten

waren de noodzaak tot een re-interventie en terugkeer van symptomen.

Bevindingen

Vierennegtig patiënten werden na randomisatie geïncludeerd in de studie, 47 hebben een gecoverde stent geloot en 47 een bare-metal stent. Bij een deel van de patiënten werd in twee mesenteriaal arteriën een stent geplaatst. Het aantal stents in de gecoverde stent groep was 62, in de bare-metal stent groep waren dit 66 stents. Na 24 maanden was 81% van de gecoverde stents goed doorgankelijk, tegenover 49% van de bare-metal stents (OR 4.4; 95%CI 1.8-10.5, p<0.001). Figuur 1 toont de survival analyse van de doorgankelijkheid na stentplaatsing met een gecoverde en een bare-metal stent. Na 24 maanden was het re-interventie percentage 18% van de gecoverde stents en 33% van de bare-metal stents (OR 0.4; 95%CI 0.2-1.0, p=0.04). De symptomen keerden terug in 24% van de patiënten met een gecoverde stent en 41% met een bare-metal stent (OR 0.4; 95%CI 0.1-1.2, p=0.01).

Conclusie en implicaties voor de toekomst

Deze gerandomiseerde gecontroleerde studie laat zien dat een gecoverde stent substantieel vaker goed doorgankelijk blijft na stentplaatsing in de mesenteriaal arteriën van patiënten met CMI, waardoor patiënten minder vaak een re-interventie nodig hebben. Deze studie levert hiermee het benodigde bewijs om gecoverde stents in de klinische praktijk toe te passen. Binnen het Mesenteriaal Ischemie Centrum Rotterdam heeft de gecoverde stent nu de voorkeur bij mesenteriale percutane stentplaatsing.

Referenties

- (1) Terlouw LG, Moelker A, Abrahamsen J, et al. European guidelines on chronic mesenteric ischaemia—joint United European Gastroenterology, European Association for Gastroenterology, Endoscopy and Nutrition, European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology, Netherlands Association of Hepatogastroenterologists, Hellenic Society of Gastroenterology, Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe, and Dutch Mesenteric Ischemia Study group clinical guidelines on the diagnosis and treatment of patients with chronic mesenteric ischaemia. United European Gastroenterol J 2020; 8: 371–95
- (2) Oderich GS, Erdoes LS, Lesar C, et al. Comparison of covered stents versus bare metal stents for treatment of chronic atherosclerotic mesenteric arterial disease. J Vasc Med 2013; 58: 1316–23

VERKORTE PRODUCTINFORMATIE VOOR BYLVAY 200/400/600/1.200 MCG HARDE CAPSULES

Samenstelling Elke harde capsule bevat odevixibat-sesquihydraat, overeenkomend met 200/400/600/1.200 mcg odevixibat. **Farmaceutische vorm:** Harde capsule. **Bylway 200 microgram harde capsules:** Capsule maat 0 (2,17 mm × 7,64 mm) met ivorkleurige, opake dop en witte, opake romp, met het opschrift "A200" in zwarte inkt. **Bylway 400 microgram harde capsules:** Capsule maat 3 (15,9 mm × 5,82 mm) met oranje, opake dop en witte, opake romp, met het opschrift "A400" in zwarte inkt. **Bylway 600 microgram harde capsules:** Capsule maat 3 (15,9 mm × 5,82 mm) met oranje, opake dop en romp, met het opschrift "A600" in zwarte inkt. **Bylway 1.200 microgram harde capsules:** Capsule maat 3 (15,9 mm × 5,82 mm) met oranje, opake dop en romp, met het opschrift "A1200" in zwarte inkt. **Farmacotherapeutische categorie:** anti-levertherapeutica, overige gaththerapeutica. **ATC-code:** A05AX05. **Indicaties:** Behandeling van progressieve familiäre intrahepatische cholestase (PFIC) bij patiënten in de leeftijd van 6 maanden of ouder. **Dosering en wijze van toediening:** De therapie moet worden ingesteld door en uitgevoerd onder toezicht van een arts die ervaring heeft met de behandeling van PFIC. Dosering: De aanbevolen dosis odevixibat is 40 µg/kg eenmaal daags 's ochtends oraal toegediend. Odevixibat kan met of zonder voedsel worden ingenomen. Als na drie maanden ononderbroken behandeling geen adequate klinische respons is bereikt, kan de dosis worden verhoogd tot 120 µg/kg/dag (zie rubriek "Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik"). Voor patiënten bij wie na drie maanden ononderbroken dagelijkse behandeling met odevixibat geen behandelvoordeel kan worden vastgesteld, moet een alternatieve behandeling worden overwogen. **Contra-indicaties:** Overgevoelghed voor de werkzame stof of voor een van de in rubriek "List van hulpstoffen" vermelde "hulpstoffen". **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Aandoeningen, geneesmiddelen of chirurgische procedures die een negatieve invloed hebben op ofwel de gastro-intestinale motiliteit, ofwel de enterohopische circulatie van galzuren, met inbegrip van het transport van galzuren naar galkanalen, kunnen de werkzaamheid van odevixibat verminderen. Bijvoorbeeld patiënten met PFIC2 bij wie het galzoutexportpomp (BSEP)-eiwit volledig afwezig is of niet functioneert (d.w.z. patiënten met PFIC2, subtype BSEP3) zullen niet reageren op odevixibat. Er zijn beperkte of geen klinische gegevens beschikbaar voor het gebruik van odevixibat bij andere PFIC-subtypen dan 1 en 2. Voor patiënten met een ernstige leverfunctiestoornis moeten periodieke leverfunctie testen worden overwogen. Patiënten moeten regelmatig worden gecontroleerd om tijdens episodische leverfunctie testen de hydratatie te waarborgen. Voor alle patiënten wordt aanbevolen om, voordat behandeling met Bylway wordt ingesteld, de leverfunctiewaarden (alanineaminotransferase, aspartaataminotransferase, gamma-glutamyltransferase, alkalische fosfatase en totaal bilirubine), de spiegel van in vet oplosbare vitaminen (vitamine A, D, E) en de internationaal genormaliseerde ratio (INR) te beoordelen, en deze volgens de standaard klinische praktijk te controleren. Voor patiënten met verhoogde leverfunctiewaarden moet worden overwogen vaker controles van leverfunctiewaarden uit te voeren. Behandeling met odevixibat kan van invloed zijn op de opname van in vet oplosbare geneesmiddelen. Interacties **Transcriptiegevoelghedsinteracties:** Na gelijktijdige toediening van de sterke P-g0-remmer itraconazol is er een niet klinisch relevante verhoging van de plasmatiegel van een enkele dosis odevixibat 1200 µg met ongeveer 50-60%. Er werden in vitro geen andere mogelijk relevante transportveelgvlemediëerde interacties vastgesteld. **Cytochrom P450-gemedieerde interacties:** In vitro induceerde odevixibat geen CYP-enzymen en remt odevixibat CYP3A4/5. Gelijktijdig gebruik van odevixibat verlaagt het oppervlak onder de curve (AUC) van midazolom oraal (een CYP3A4-substraat) met 30% en de blootstelling aan 3-OH-midazolom met minder dan 20% (niet klinisch relevant). Er zijn geen onderzoeken uitgevoerd naar interacties met UIC/A en rifampicine. Gelijktijdig gebruik van odevixibat heeft geen invloed op de AUC van levonorgestrel en doe AUC van ethinylestradiol afnemen met 17% (niet klinisch relevant). Onderzoeken naar interacties met andere lipofiele geneesmiddelen zijn niet uitgevoerd. Daarom kan een effect op de absorptie van andere in vet oplosbare geneesmiddelen niet worden uitgesloten. De spiegel van in vet oplosbare vitaminen moeten worden gecontroleerd. **Bacteriële interacties:** Er is geen onderzoek naar interacties uitgevoerd bij pediatrische patiënten. Er worden geen verschillen verwacht tussen volwassen en pediatrische patiënten. **Bijwerkingen: Samenvatting van het veiligheidsprofiel** De vaakst gemelde bijwerking (gemeld bij 7% van de patiënten) was diarree. Vaak gemelde bijwerkingen zijn diarree, buikpijn (met inbegrip van bovenbuikpijn), hemorragische diarree, zachte ontlasting en hepatomegalie. Beschrijving van geassocieerde bijwerkingen Gastro-intestinale bijwerkingen deden zich voor bij 19% van de patiënten die werden behandeld met Bylway. De bijwerkingen diarree, buikpijn en zachte ontlasting waren van korte duur: de meeste duurden < 5 dagen; de mediane tijd tot het eerste optreden was 16 dagen. Alle gemelde bijwerkingen waren licht tot matig van ernst en niet-ernstig van aard. Twee patiënten kregen klinisch significante diarree (diarree die 21 dagen of langer aanhield en geen andere medische oorzaak had, ernstig was qua intensiteit, ziekenhuisopname vereiste of beschouwd werd als belangrijk medisch voorval, of zich voordeed met gelijktijdige uitdroging die orale of intraveneuze rehydratatie en/of een andere behandeling noodzakelijk maakte).

Afleveringsstatus: U.R. Voor prijzen wordt verwezen naar de Z-index taxen. Voor de volledige productinformatie wordt verwezen naar de geregistreerde IBI-teksten. **Vergunninghouder:** Ipsen Pharma, 65 qual Georges Grosse, 92100 Boulogne-Billancourt, Frankrijk.

Voort contact: Ipsen Farmaceutica B.V., Taurusavenue 33B, 2132 LS Hoofddorp. Tel.: +31(0)235541600, E-mail: ipsen.nl@ipsen.com. Februari 2024. BYL-NL-000008

Nederlandse Vereniging voor Hepatologie

Long-Term Overall Survival After Selective Internal Radiation Therapy for Locally Advanced Hepatocellular Carcinomas: Updated Analysis of DOSISPHERE-01 Trial

Garin E, Tselikas L, Guiu B, Chalaye J, Rolland Y, de Baere T, Assenat E, Tacher V, Palard X, Déandris D, Mariano-Goulart D, Amaddeo G, Boudjema K, Hollebecque A, Meerun MA, Regnault H, Vibert E, Campillo-Gimenez B, Edeline J. Long-Term Overall Survival After Selective Internal Radiation Therapy for Locally Advanced Hepatocellular Carcinomas: Updated Analysis of DOSISPHERE-01 Trial. *J Nucl Med.* 2024 Feb 1;65(2):264-269. doi: 10.2967/jnumed.123.266211. PMID: 38212068

Door:

Dr. Suzanne van Meer en dr. Joep de Bruijne, beide MDL-arts in het UMC Utrecht.

Inleiding

Hepatocellulair carcinoom (HCC) is de meest voorkomende primaire leverkanker en gaat gepaard met een hoge mortaliteit. Selectieve interne radiatietherapie (SIRT), waarbij gebruik wordt gemaakt van yttrium-90 (90Y) of holmium-166 (166Ho) geladen microsferen, wordt in de praktijk frequent toegepast in patiënten met een lokaal gevorderd HCC (BCLC stadia B of C). Eerdere gerandomiseerde studies bij intermediaire en gevorderde HCC patiënten die SIRT behandeling hebben vergeleken met sorafenib lieten geen verschil in overleving zien. (1, 2) Echter werd in deze studies geen gepersonaliseerde dosimetrie toegepast.

In de eerdere publicatie van de DOSISPHERE-01 studie, een gerandomiseerde fase 2 studie die het effect van 90Y SIRT heeft vergeleken met gepersonaliseerde dosimetrie (PDA) versus standaard dosimetrie (SDA), kwam naar voren dat lokale respons na 3 maanden significant hoger was in de groep met de gepersonaliseerde dosimetrie (71% versus 36%, $P=0,0074$).³ Deze publicatie richt zich op de lange termijn follow-up inclusief het effect op de overleving.

Studieresultaten

In de DOSISPHERE-01 studie werden in totaal 56 patiënten met een irresectabel, lokaal gevorderd HCC behandeld middels 90Y SIRT ($n=28$ in beide groepen: $n=5$ BCLC B en $n=51$ BCLC C). De mediane follow up duur was 65,8 maanden. De gemiddelde overleving was significant langer in de PDA groep (24,8 maanden versus 10,7 maanden, $p=0,02$). Dit overlevingsverschil was ook duidelijk zichtbaar in de patiënt-

tengroep met een tumortrombus in de vena porta ($n=39$) met een mediane overleving van 22 maanden in de PDA groep versus 9,4 maanden in de SDA groep ($p=0,058$). De post-hoc analyse toont dat een tumor dosis (TD) van tenminste 205 Gy geassocieerd is met een betere overleving: 22,9 maanden in de groep met een TD ≥ 205 Gy en 10,3 maanden bij een TD < 205 Gy ($p=0,0033$). In de selectie groep patiënten die aanvullend na de SIRT behandeling een resectie onderging ($n=11$) werd de mediane overleving niet gehaald, terwijl deze 10,8 maanden was in de groep zonder aanvullende resectie ($n=45$) (HR 0,17, $p=0,0002$).

Klinische toepassing

Deze studie laat zien dat SIRT behandeling met gepersonaliseerde dosimetrie een significante verbetering van de overleving geeft in HCC patiënten met gevorderde ziekte (65% betrokkenheid vena porta, gemiddelde tumorgrootte 10,6 cm). Downstaging na SIRT gevolgd door resectie werd bereikt in 11 van 56 patiënten met een significante verlenging van de mediane overleving.

Referenties

1. Vilgrain V, Pereira H, Assenat E, et al. Efficacy and safety of selective internal radiotherapy with yttrium-90 resin microspheres compared with sorafenib in locally advanced and inoperable hepatocellular carcinoma (SARAH): an openlabel randomised controlled phase 3 trial. *Lancet Oncol.* 2017;18:1624–1636
2. Chow PKH, Gandhi M, Tan S-B, et al. SIRveNIB: selective internal radiation therapy versus sorafenib in Asia-Pacific patients with hepatocellular carcinoma. *J Clin Oncol.* 2018;36:1913–1921
3. Garin E, Tselikas L, Guiu B, et al. Selective internal radiation therapy (SIRT) using personalised dosimetry for locally advanced hepatocellular carcinoma (HCC) patients: a multicentre randomised phase 2 study (DOSISPHERE-01 trial). *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2021;6:17–29



Geschiedenis van de endoscopie

Op het kantoor in Haarlem ligt een oude langwerpige zwarte koffer met een zwartlederen boek. Nieuwsgierigheid naar de oorsprong van dit bijzondere bezit leidt na enig speurwerk naar de persoon van Prof. dr. Mart van Lieburg.

Mart van Lieburg (1951) studeerde geneeskunde in Rotterdam en verdiepte zich vervolgens in de medische geschiedenis. Hij publiceerde over de ontwikkeling van de geneeskunde in Nederland en was hoogleraar medische geschiedenis aan maar liefst 4 universiteiten (de Vrije Universiteit te Amsterdam van 1986 tot 1996, het Erasmus MC in Rotterdam van 1987 tot 2016, het UMCG in Groningen van 2003 tot 2016 en het LUMC in Leiden van 2015 tot 2016). Sinds 1989 is hij tevens bibliothecaris van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en sinds 2013 geeft hij leiding aan het beheer van de bibliotheek en het erfgoed van het Trefpunt Medische Geschiedenis Nederland.

We besluiten dit Trefpunt te bezoeken. Het blijkt te liggen op een industrieterrein in het wereldberoemde Urk, te midden van stukadoors-, aannemers- en visverwerkingsbedrijven. Hoewel het bij aankomst aanvankelijk onaangenaam riekt (de overbuurman is zojuist gestart met de verwerking van resten van dode zeedieren), wordt de bedwelmende entree ruimschoots goedgemaakt door de hartelijke ontvangst van mevrouw Boer, een kwieke dame op leeftijd die zich direct verontschuldigt voor de geur, en koffie zet.

Na de koffie volgt een rondleiding door het oudheidkundig museum der geneeskunde. Mevrouw Margit (M.E.) Boer-Meisel stelt zich daarbij voor als niet-praktiserend vrouwenarts en vertelt 30 jaar in het VUMC in Amsterdam werkzaam te zijn geweest. Zij woont nog steeds in Amsterdam en is via

een oude vriendin in aanraking gekomen met het Trefpunt in Urk. Toen zij in 2013 terecht kwam in een oude loods waar alle verzamelde stukken door, tussen en boven op elkaar lagen, stond zij te popelen om orde te scheppen in de chaos. Sindsdien reist de inmiddels 87-jarige gynaecoloog 2 maal per maand naar Urk om allerlei bundels, bronnen en documenten af te stoffen en te ordenen. En dat betreft een indrukwekkende collectie van zo'n duizend prachtige oude werken. Het oudste proefschrift dateert uit 1830 en dit bijzondere bezit wordt met gepaste trots getoond. Vervolgens draagt mevrouw Boer het stokje over aan dr. Louis Verschoor, internist. Met enige moeite wordt het slotje van de meegebrachte koffer geopend en kan de inhoud ervan wereldkundig worden gemaakt. Het pareltje blijkt een weinig flexibele gastroscoop welke door de firma Eder Instruments Company rond 1940 is ontwikkeld. Dr. Verschoor legt uit hoe patiënten toentertijd hebben moeten lijden tijdens een 'maagspiegeling'. Met het hoofd achterover – waarbij ademen onherroepelijk tijdelijk van ondergeschikt belang was – kon plaats worden gemaakt voor de loodrechte gastroscoop. De endoscopist bevond zich hierbij tijdens het gehele onderzoek op maximaal 20 cm van de mond van de patient. Hopelijk bestond in die tijd al kwalitatief hoogwaardig glijmiddel, want op de primitieve gastroscoop was slechts 1 spiegel tje aangebracht. Om 360 graden rond te kunnen kijken moest de scoop in de slokdarm van de patiënt met enige kracht worden rondgedraaid. De nog net niet verpulverde rubberen ballon diende om de maag op te blazen voor een beter zicht. De bijgeleverde adapter voor het lampje werd helaas niet getest wegens gevaar voor elektrocutie. Ook aanwezig in het koffertje is een zwart patiënten boek waarin alle bevindingen keurig met vulpen door de geneesheer werden bijgehouden. De naam van de uitvoerend arts wordt gegoogeld. Dr. Louis Verschoor legt uit dat de betreffende arts in die tijd mogelijk "bijgeklust" heeft. Waarschijnlijk werden patiënten via huisartsen naar hem doorgestuurd

en in zijn eigen "prive-kliniek" gescopieerd. Dit zou blijken uit het feit dat de beschreven patiënten na 1967 zijn onderzocht terwijl er toen al modernere apparatuur op de markt was. Het gegeven dat het slechts om ongeveer 20 patiënten gaat zou verklaard kunnen worden doordat de zorgverzekeraars ingrepen en eisen gingen stellen aan de behandeling.

RIGHT ON TIME SUBSIDIES

Vroege opsporing van terugkeer van slokdarmkanker: richting gepersonaliseerde zorg

Na een endoscopische behandeling van Barrett neoplasie ondergaan patiënten regelmatig endoscopische follow-up om eventuele recidieven in een curatief stadium op te sporen. De Europese richtlijn adviseert een aantal controle scopieën te verrichten tot tien jaar na de laatste behandeling, waarna follow-up gestopt mag worden.⁽¹⁾

De huidige richtlijn is echter vooral gebaseerd op expertopinion waarbij er geen rekening wordt gehouden met het individuele risico op terugkeer van ziekte, de levensverwachting en de kwaliteit van leven. Uit recent onderzoek van de Nederlandse Barrett Expertise Centra blijkt dat, afhankelijk van de aanwezigheid van risicofactoren, het risico op recidieven kan verschillen van minder dan 1% tot meer dan 10% per jaar.⁽²⁾ Bovendien blijkt dat na succesvolle endoscopische behandeling van Barrett neoplasie het risico om te overlijden aan niet-gerelateerde oorzaken 40x hoger is dan het risico om te overlijden aan slokdarmkanker.⁽³⁾ Hierbij hebben relatief jonge patiënten die behandeld zijn voor Barrett neoplasie bovendien een significant kortere levensverwachting ten opzichte van de normale Nederlandse populatie. Daarnaast weten we uit recente onderzoeken dat een controle scopie door sommige patiënten als last wordt gezien, terwijl een controle andere patiënten juist geruststelling biedt als blijkt dat de tumor niet is teruggekeerd. Deze nieuwe inzichten maken de one-size-fits-all-aanpak in de huidige richtlijn verouderd, en vragen om nieuwe, gepersonaliseerde follow-up strategieën voor succesvol behandelde Barrett patiënten. Daarom zijn wij ontzettend blij dat we de 'Right on Time' subsidie van de Maag Lever Darm Stichting hebben mogen ontvangen.

Ons project is een

Aan het eind van de rondleiding en na deze prachtige verhalen volgt een tweede traktatie op vis, doch ditmaal op versgebakken kibbeling uit Urk. Gelukkig voor onze patiënten hebben de technische ontwikkelingen in de endoscopie de afgelopen decennia sprongen vooruit gemaakt. Lang leve de flexibele video-endoscopie!

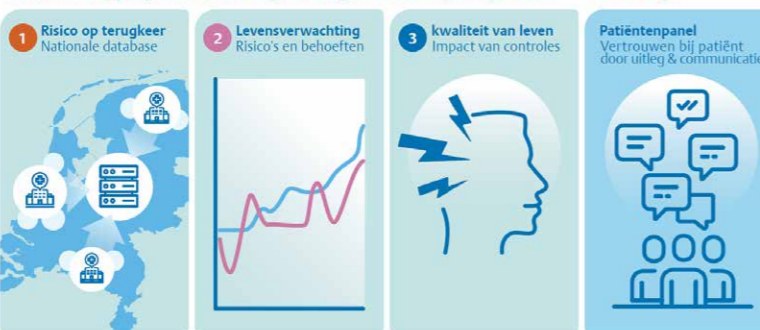
samenwerkingsverband tussen de afdeling Maag, Darm Leverziekten van het Amsterdam UMC en de Public Health afdeling van het Erasmus MC. Wij gaan onderzoeken hoe we de frequentie van endoscopische controles na endoscopische behandeling van vroege slokdarmkanker kunnen aanpassen op het individuele risico dat patiënten hebben op de terugkeer van ziekte. Daarnaast zullen wij hierbij ook rekening houden met de levensverwachting en de kwaliteit van leven van patiënten. We gebruiken hiervoor data uit de landelijke database van de negen Nederlandse Barrett Expertise Centra (BEC).⁽⁴⁾ In deze BEC registry worden sinds 2008 alle patiënten geregistreerd die in een BEC worden behandeld vanwege een lange Barrett slokdarm (>10 cm) of een Barrett slokdarm met dysplasie of vroege vorm van slokdarmkanker. Met deze data zullen wij het Microsimulation Screening Analysis Esophagus Cancer (MISCAN-ESO) Model van het Erasmus MC updaten ⁽⁵⁾. Met dit model kunnen we de levensgeschiedenis van geboorte tot overlijden simuleren voor een populatie van individuele Barrett patiënten. Daarnaast zal er een kwaliteit van leven studie worden uitgevoerd om te onderzoeken wat de invloed van een follow-up scopie is op de kwaliteit van leven op de kortere en langere termijn. Tot slot gaan we met behulp van een patiënten panel onderzoeken hoe we patiënten het beste kunnen informeren over het risico op terugkeer van ziekte

en de daarbij behorende controles. Vaak heeft de angst voor terugkeer van ziekte namelijk een grote impact op de kwaliteit van leven, terwijl deze angst vaak niet in verhouding staat met het daadwerkelijke risico op recidieven. Door de uitkomsten van het geüpdatet MISCAN-model te combineren met de

Verminderen van onnodige controle scopieën

Bij 6 scopieën op de 1000 wordt terugkeer van ziekte gevonden, dat is minder dan 1%

Wetenschappelijk: Rekenkundig model gebaseerd op 3 aspecten



inzichten van het patiënten panel, hopen we onze Barrett patiënten onnodige scopieën te besparen en tegelijk hun kwaliteit van leven te verbeteren. Dit zal bovendien ruimte op onze scopie programma's creëren, waardoor er meer ruimte is voor tijdige zorg voor andere patiënten.

Bronnen

1. Weusten B, Bisschops R, Dinis-Ribeiro M, di Pietro M, Pech O, Spaander MCW, et al. Diagnosis and management of Barrett esophagus: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline. *Endoscopy*. 2023;55(12):1124-46.
2. van Munster SN, Nieuwenhuis E, Bisschops R, Willekens H, Weusten B, Herrero LA, et al. Dysplastic Recurrence After Successful Treatment for Early Barrett's Neoplasia: Development and Validation of a Prediction Model. *Gastroenterology*. 2022;163(1):285-94.
3. van Munster SN, Verheij EPD, Ozdemir O, Toes-Zoutendijk



Vincent Bos

Roos Pouw

Sanne van Munster

4. Lansdorp-Vogelaar I, Nieuwenhuis EA, et al. Incidence and Prediction of Unrelated Mortality After Successful Endoscopic Eradication Therapy for Barrett's Neoplasia. *Gastroenterology*. 2024;166(6):1058-68.
4. van Munster S, Nieuwenhuis E, Weusten B, Alvarez Herrero L, Bogte A, Alkhalaf A, 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(2):265-76.
5. Omidvari AH, Roumans CAM, Naber SK, Kroep S, Wijnhoven BPL, Gaast AV, et al. The Impact of the Policy-Practice Gap on Costs and Benefits of Barrett's Esophagus Management. *Am J Gastroenterol*. 2020;115(7):1026-35.

Vroegere opsporing van dikke darmkanker bij jongvolwassenen

De incidentie van jonge mensen met darmkanker (18-50 jaar) neemt wereldwijd snel toe met een gemiddelde jaarlijkse stijging van 2-4%^(1, 2). Deze vorm van darmkanker wordt ook wel EOCRC (early-onset colorectal carcinoma) genoemd en gaat gepaard met leeftijdspecifieke uitdagingen. Door onbekendheid van de ziekte bij de (huis)artsen en de bevolking, wordt deze diagnose gemiddeld later gesteld dan darmkanker op oudere leeftijd. Mede hierdoor hebben mensen met EOCRC een slechtere prognose dan de oudere populatie met CRC⁽³⁾. Daarnaast is er tot nu toe weinig kennis over het ontstaan van EOCRC en zijn de oorzaken van de sterke toename van EOCRC niet geheel duidelijk^(1, 3). Daarom start het Antoni van Leeuwenhoek (AVL) met een speciale poli, gericht op jonge mensen met darmkanker: Jong CRC poli. De Jong CRC poli heeft als doel de zorg voor deze groep te verbeteren en maakt onderzoek naar de oorzaak en de optimale behandeling mogelijk. De exacte oorzaak voor de sterke toename van darmkanker onder jonge mensen is niet geheel duidelijk, maar het is duidelijk dat de stijging samenhangt met de incidentietoename van de niet-erfelijke vorm van darmkanker⁽³⁾. Onderzoek toont aan dat verandering van leefstijl sinds de jaren 60 mogelijk een belangrijke rol speelt bij de incidentietoename van EOCRC waaronder minder bewegen, minder groente en fruit, meer consumptie van bewerkt voedsel, gesuikerde dranken, rood vlees, overgewicht, roken, alcohol en medicatie zoals antibiotica⁽³⁾. Daarnaast zijn er aanwijzingen dat darmflora een rol speelt bij het ontstaan van EOCRC in combinatie met DNA veranderingen in het darmslijmvlies⁽⁴⁾. Huidige kennis over de tumorbiologie en pathogenese van EOCRC is veelal gebaseerd op retrospectieve onderzoeken, waarbij naar één of enkele van bovenstaande factoren is gekeken in plaats

van naar een combinatie van alle factoren. Afgelopen jaar ontvingen artsen, werkzaam in het AVL (Myriam Chalabi, Monique van Leerdam en Karen Bolhuis), de Right on Time beurs van de Maag Lever Darmstichting voor het uitvoeren van onderzoek naar de invloed van o.a. leefstijl, darmbacteriën en DNA veranderingen op het ontstaan van EOCRC. Verder zullen diagnostische biomarkers in bloed en ontlasting worden onderzocht met als doel vroege detectiestrategieën te ontwikkelen. Voor deze prospectieve studie zullen patiënten met verschillende stadia van EOCRC worden geïncludeerd in het AVL. Leefstijlvragenlijsten en patiënten materiaal (o.a. feces, serum en weefsel van de tumor en omliggend darmslijmvlies) zullen worden verzameld. De huidige studie wordt uitgevoerd in samenwerking met COMPRAYA, een prospectieve cohortstudie gericht op risicofactoren van verminderde medische en psychosociale uitkomsten van adolescenten en jongvolwassenen met kanker (AYA), en met GENAYA, gericht op complete tumor DNA-analyse van AYAs, in samenwerking met Hartwig Medical Foundation, door whole genome sequencing (WGS) aan te bieden op tumor materiaal van de AYA.

De verzamelde gegevens en materialen, gecombineerd met gegevens van COMPRAYA en GENAYA, maken een diepgaande multiomics analyse mogelijk met gebruik van de epidemiologie, exposomen (o.a. leefstijl en microbiom), genomics, transcriptomics en pathofysiologie van EOCRC. Daarnaast biedt deze studie een platform voor het analyseren van biomarkers in bloed en ontlasting met als doel preventie- en vroege detectiestrategieën te ontwikkelen om uiteindelijk de prognose te verbeteren.

Volledig vergoed en beschikbaar voor patiënten met Progressieve Familiaire Intrahepatische Cholestase^{1,2} (PFIC)



Ipsen is een wereldwijd opererend concern gespecialiseerd in medische biotechnologie, dat zich inzet voor de verbetering van de levenskwaliteit van patiënten binnen Oncologie, Neurowetenschappen en Zeldzame ziekten.

Bylvay[®] is geïndiceerd voor de behandeling van progressieve familiale intrahepatische cholestase (PFIC) bij patiënten in de leeftijd van 6 maanden of ouder ⁽¹⁾

STAATSCOURANT 2023,
18178.

1. SmpC Bylvay[®] Februari 2024
2. Thompson, R.J. et al. The Lancet Gastroenterology & Hepatology (2022), 7(9): 830-842.



Ynte de Boer

Tom Gevers

Romée Snijders

Anna Stoelinga

Lotte Slooter

in de studie? Neem dan contact op met Anna Stoelinga via email (a.e.c.stoelinga@lumc.nl).

Daarnaast hebben we de afgelopen jaren intensief samengewerkt met de Nederlandse Leverpatiënten Vereniging (NLV). José Willemse, die jarenlang directeur van de NLV was, heeft namens de vereniging regelmatig deelgenomen aan onze vergaderingen om het perspectief van patiënten met AIH te vertegenwoordigen. Op zaterdag 12 oktober neemt José afscheid van de NLV. We willen haar bedanken voor haar enorme inzet en waardevolle bijdragen aan onze werkgroep en de patiënten. Gelukkig blijft José internationaal actief, en we zijn verheugd dat ze op deze manier betrokken blijft bij de AIH-gemeenschap.

Ben je geïnteresseerd in deelname of heb je vragen met betrekking tot onze werkgroep? Zeer welkom en laat het ons weten!

Referenties

(1) Slooter CD, van den Brand FF, Lleo A, et al. Lack of complete biochemical response in autoimmune hepatitis leads to adverse outcome: First report of the IAIHG retrospective registry. *Hepatology*. 2024;79(3):538-550. doi:10.1097/HEP.0000000000000589

(2) Snijders RJALM, Stoelinga AEC, Gevers TJG, et al. An open-label randomised-controlled trial of azathioprine vs. mycophenolate mofetil for the induction of remission in treatment-naïve autoimmune hepatitis. *J Hepatol*. 2024;80(4):576-585. doi:10.1016/j.jhep.2023.11.032

(3) Stoelinga AEC, Biewenga M, Drenth JPH, et al. Diagnostic criteria and long-term outcomes in AIH-PBC variant syndrome under combination therapy. *JHEP Rep*. 2024;6(7):101088. Published 2024 Jun 14. doi:10.1016/j.jhepr.2024.101088

Auteurs:

Ynte de Boer,

MDL arts, Amsterdam UMC, voorzitter AIH Werkgroep Tom Gevers,

MDL arts, Maastricht UMC+, voorzitter AIH Werkgroep Romée Snijders,

arts onderzoeker, Jeroen Bosch Ziekenhuis, secretaris AIH werkgroep

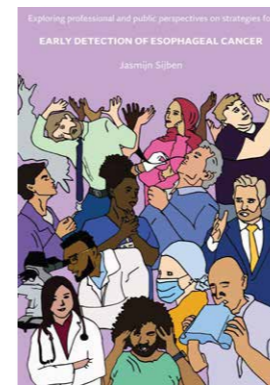
Anna Stoelinga,

arts onderzoeker, Leiden UMC, secretaris AIH werkgroep Lotte Slooter,

arts onderzoeker, Amsterdam UMC

Proefschriftsponsoring 2024

Zoals bekend kan de NVGE een bijdrage leveren aan de drukkosten van proefschriften van NVGE-leden. Het bedrag van de proefschriftsponsoring door de NVGE bedraagt voor 2024 onveranderd € 500,-. Een samenvatting van het proefschrift wordt na toekenning op de website van de NVGE geplaatst. Het aanvraagformulier voor proefschriftsponsoring kunt u downloaden via www.nvge.nl. U kunt daar ook de voorwaarden nalezen. Onderstaande leden ontvingen in de afgelopen periode proefschriftsponsoring. De samenvatting van deze én eerdere proefschriften kunt u vinden via www.nvge.nl



Proefschrift Jasmin Sijben

S.J. Schraa, 2 mei 2024, Utrecht

Molecular biomarkers to guide personalized treatment in colorectal cancer

E.M. van der Does de Willebois, 24 mei 2024, Amsterdam

Tailored surgery in ileocolic Crohn's disease - heading for gold

R.Y. Gabriëls, 29 mei 2024, Groningen

Detection and molecular analysis of inflammation and malignancies in the gastro-intestinal tract

L. van Tilburg, 29 mei 2024, Rotterdam

Detection and Endoscopic Treatment of Esophageal Neoplasia

D.C.F. Klatte, 4 juni 2024, Leiden

Early Detection of Pancreatic Cancer in High-Risk Individuals

J. Sijben, 20 juni 2024, Nijmegen

Exploring professional and public perspectives on strategies for early detection of esophageal cancer

Increased Optical Clarity

Increase visibility with the optical technology offered with the X1 System.

Increased Visibility

EndoCuff Vision™ is clinically proven to increase the mucosal surface observed and can increase ADR by up to 17%³.

Increased Detection

Endo-Aid AI technology can increase ADR by 10%⁴.

#Every Adenoma Counts



Increase Your ADR

Every Adenoma Counts. Why Risk it?

With the combination of increased optical clarity, increased observable mucosal surface, and increased detection with Endo-Aid AI technology you can increase your ADR.

Association of ADR and Risk of Colorectal Cancer:

- 26% of Adenomas are missed¹
- 1% ADR = -3% of missed interval Colorectal Cancer +- 5% of Fatal Interval Colorectal Cancer²



¹Zhao, S., Wang, S. et al. 2019. Magnitude, Risk Factors, and Factors Associated With Adenoma Miss Rate of Tandem Colonoscopy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Gastroenterology* 2019;156:1661-1674.

²Corley, D. A.; Jensen, C. D.; Marks, A. R., et al. (2014): Adenoma Detection Rate and Risk of Colorectal Cancer and Death, *N Engl J Med*, 370(14), 1298-1306.

³Floer et al. *PLoS One*. 2014 Dec 3;9(12):e114267.

⁴Hassan et al, 2021 - *GIEndo* - Performance of artificial intelligence in colonoscopy for adenoma and polyp detection - a systematic review and meta-analysis;77,83