

DDD

NEWS

DUTCH DIGESTIVE DISEASE NEWS

De Gouden Vraag
van Jurjen Boonstra

DDD Science

Programma overzicht
DDD 19-20 maart

NVGE 
NEDERLANDSE VERENIGING
VOOR GASTRO-ENTEROLOGIE

JAARGANG 35 NUMMER 1 FEBRUARI 2025



Interview Jeanin van Hooft
en Roos Pouw

VOORWOORD



Kunstmatige intelligentie (AI) is niet langer een futuristisch concept, maar een dagelijkse realiteit binnen de geneeskunde. Waar we ooit vertrouwden op uitsluitend klinische expertise en diagnostische vaardigheden, ondersteunt AI ons nu met geavanceerde algoritmen die beelden analyseren, patronen herkennen en behandelopties optimaliseren. Deze technologie verandert de manier waarop wij werken en dwingt ons onze rol als medisch specialist te pakken in een steeds digitaal wordende ziekenhuisomgeving. Tijdens de Digestive Disease Days op 19 en 20 maart staat innovatie centraal. We zijn trots dat Sybren Meijer, patholoog in het Amsterdam UMC, de keynote lecture zal verzorgen. Hij zal ingaan op de impact van AI in de pathologie en de bredere betekenis daarvan voor de MDL- en chirurgische praktijk. We zijn ook zeer vereerd met de samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Pathologie tijdens de DDD dit voorjaar.

Daarnaast biedt de DDD weer een breed scala aan inhoudelijke sessies. Duurzaamheid in de zorg is een onderwerp dat niet langer genegeerd kan worden: hoe maken we onze praktijk toekomstbestendig zonder in te leveren op kwaliteit? Eveneens van groot klinisch belang is het symposium over mesenteriale ischemie, een complex probleem dat multidisciplinaire samenwerking vereist.

Zowel voor jonge onderzoekers als medisch specialisten is er veel te zien, te horen en te netwerken deze dagen. Graag vragen wij ook deze editie weer aandacht voor de posterstage net voor de ingang van de expositiehal. Zo goed om de posters om deze manier aandacht te geven en met de onderzoekers in discussie te gaan.

In de top abstract sessie worden de meest veelbelovende onderzoeken gepresenteerd, en we sluiten deze sessie af met de uitreiking en presentatie van de Gastrointestinale Researchprijs. Deze prijs wordt één keer in de drie jaar uitgereikt.

Kortom de Digestive Disease Days beloven weer twee inspirerende dagen te worden vol innovatie, verdieping en ontmoeting. We hopen u daar te zien!

Namens het NVGE bestuur,

Helma van Grevenstein

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:

Venhuis Communicatie Producties

Omslagfoto:

Jeanin van Hooft en Roos Pouw

ISSN: 2543-3075

Rectificatie:

Helaas is in de december-editie van DDD news de maker van de cover-afbeelding van Minneke Coenraad onvermeld gebleven. De foto is gemaakt door Jonathan Lai, MDL-arts in het Haaglanden Medisch Centrum.

INHOUD

Interview Jeanin van Hooft en Roos Pouw	5
Ins & Outs	8
Casuïstiek november 2024	9
Kennisgeving	12
Research Pitch	13
Programma overzicht DDD	14
Vooruitblik DDD	16
De Gouden Vraag	19
DDD Science	20
Landelijke Werkgroep	26
Bijdrage MDL Fonds	27
Proefschriften	27

CONGRESAGENDA 2025

18 maart 2025

MDL Update 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

13 mei 2025

Casuïstische conferentie
 Locatie: Online vanuit studio

9 september 2025

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

10 en 11 september 2025

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

23 - 26 september 2025

Dutch Liver Week 2025
 Locatie: Crowne Plaza, Utrecht
 Inlichtingen: Secretariaat NVH
 Tel.: 023 - 551 3016
 E-mail: congres@nvh.nl

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

Samenstelling bestuur

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

Raad van afgevaardigden:

Dr. K. (Klaas) van der Linde, *public relations*
 Dr. M.J. (Milan) Sonneveld, *namens Nederlandse Vereniging voor Hepatologie*
 Dr. T.G.J. (Tim) de Meij, *namens Sectie Kinder-MDL*
 Dr. M.C. (Marijn) Visschedijk, *namens Sectie Inflammatoire Darmziekten*
 Drs. R.J. (Robert) de Vos tot Nederveen Cappel, *namens Nederlandse Vereniging voor Gastro-intestinale Chirurgie*

M. (Mirjam) van der Ende, *namens V&VN MDL*
 Dr. J.M. (José) Conchillo, *namens Sectie Neurogastro-enterologie en motiliteit*
 Dr. M.C.A. (Mariëtte) van Kouwen, *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*

Interview met Jeanin van Hooft en Roos Pouw over hun functie als Secretary General bij de UEG

Afgelopen najaar is dr. Roos Pouw, MDL-arts in het UMC Utrecht, verkozen als toekomstig Secretary General bij de United European Gastroenterology (UEG). Een prachtige functie binnen de UEG Council, het uitvoerende bestuur van de UEG. Wat deze aanstelling extra bijzonder maakt is dat Roos hiermee een andere Nederlandse MDL-arts opvolgt, namelijk prof. dr. Jeanin van Hooft, MDL-arts in het LUMC. Met gepaste trots op deze Nederlandse vertegenwoordiging op Europees niveau, vond de redactie het hoog tijd voor een interview met de afzwaaiend en toekomstig Secretary General van de UEG.

Jeanin, ook al zal de UEG bij de meeste lezers bekend zijn, zou je toch kunnen vertellen wat de UEG precies is en wat haar belangrijkste doelen zijn?

Het belangrijkste doel van het UEG is het verenigen van MDL-specialisten in brede zin met als missie om de belasting voor patiënten met MDL-gerelateerde ziekten zo minimaal mogelijk te houden. We richten ons op preventie, diagnose en behandeling van het gehele spectrum van MDL aandoeningen en ondersteunen zowel klinische als wetenschappelijke projecten. Door samen op te trekken als UEG vertegenwoordigen we een grote groep zorgprofessionals waardoor we succesvoller zijn in bijvoorbeeld het overleg met de Europese Unie. De UEG heeft hiervoor een goed georganiseerde office in Wenen, waar medewerkers nauw samenwerken met de vele zorgprofessionals vanuit heel Europa.

Jeanin, welk aspect van de UEG heeft jou doen besluiten te solliciteren voor deze functie?

Voordat ik begon als Secretary General had ik een bestuurlijke functie binnen de ESGE. Vanuit die positie werd ik gevraagd te solliciteren. Het feit dat de UEG breder is dan alleen de gastroenterologie (namelijk ook chirurgie, pathologie, hepatologie et cetera) sprak mij enorm aan. Het grote multidisciplinaire speelveld was iets wat mij heel uitdagend leek omdat ik daarvoor echt uit mijn comfortzone moest

stappen. Daarnaast geniet ik van het reizen dat natuurlijk ook bij deze functie hoort.

Roos, welk aspect van de UEG heeft jou doen besluiten te solliciteren voor deze functie?

Ik zie UEG als een spil in het grote (en groeiende) internationale en multidisciplinaire veld van de gastroenterologie, waarbij de organisatie een verbindende, faciliterende en zo nodig coördinerende rol speelt bij verbeteren van patiëntenzorg. Dat veelzijdige, verbindende, faciliterende en coördinerende aspect van UEG spreekt mij enorm aan. Daarnaast heb ik zelf altijd veel plezier en baat gehad bij de verschillende UEG initiatieven, de congressen, Summer School, richtlijnen, online courses, Rising Star Award, et cetera. Dus, toen ik werd benaderd voor deze functie, zag ik dat als een kans om actief bij te dragen aan de missie van UEG.

Jeanin, met welke missie ben je destijds begonnen aan jouw periode als Secretary General? En hoe kijk je daar nu op terug? Wat beschouw je als hoogtepunten? En kan je iets delen over eventuele barrières die je hebt ervaren?

Toen ik begon heb ik een eigen mission statement geformuleerd: against inequalities, promote young gastroenterologists, presence outside Europe, sound and transparent collaboration with our industrial partners, continue to financially invest. Nu ik bijna afscheid neem als Secretary General denk ik dat we grote vooruitgang hebben geboekt op het gebied van diversiteit. Dit is tegenwoordig echt een belangrijk thema binnen de UEG. Ook is de UEG veel meer zichtbaar buiten de geografische grenzen van Europa, onder andere de UEGW met vele deelnemers van over de hele wereld. Daarnaast staat de UEG er financieel goed voor momenteel. Als je nieuw aan een functie begint loop je altijd tegen bepaalde barrières aan. Elke organisatie heeft een ontstaansgeschiedenis, zo ook de UEG, en het is belangrijk om dit te erkennen en dit mee te wegen in de besluiten. Daarnaast ben ik me nog meer bewust geworden van de culturele verschillen. Wij als Nederlanders worden toch als erg direct beschouwd en niet iedereen kan dat waarderen. Words do matter. Tot slot moest ik wennen aan de vele verzoeken die je krijgt en hoe daar mee om te gaan. Of het nou gaat over het toekennen van subsidies of programmering op de UEGW, ik heb geprobeerd daar zo eerlijk en transparant als mogelijk mee om te gaan.



Roos, hoe wordt je nou eigenlijk Secretary General bij de UEG en dus onderdeel van het dagelijkse bestuur?

De UEG heeft regelmatig functies waarvoor je kunt solliciteren, dat maken zij bekend via hun website en nieuwsbrieven en dat wordt ook via de NVMDL nieuwsbrief rondgestuurd. In mijn geval werd ik erop geattendeerd dat de call voor UEG Secretary General eraan zat te komen. Ik heb toen eerst Jeanin gecontacteerd om te vragen wat de functie inhield, hoeveel tijd het zou kosten en of zij het zou aanraden. Na haar gesproken te hebben, was ik eigenlijk wel enthousiast. Toen de call uitkwam, stond de functiebeschrijving vrij uitgebreid beschreven, evenals de vereisten hiervoor. Vervolgens moet je een sollicitatiebrief indienen waarin je beschrijft waarom de functie jou past, wat je motivatie is en wat je missie & visie is voor je bestuursperiode. Naast die brief moest je ook steunbrieven indienen van één van de leden van de UEG. Hiervoor heb ik de NVMDL en NVGE benaderd, als ook de ESGE. Uiteindelijk dien je alles in en moest ik op de UEGW in Wenen in oktober tijdens de Meeting of Members in 3 minuten pitchten. De stemgerechtigde vertegenwoordigers van de 'Members' (dat zijn alle verenigingen die lid zijn van de UEG) mochten vervolgens stemmen en de uitslag van de stemming werd gelijk bekend gemaakt.

Jeanin, wat heeft deze functie betekend voor jou als clinicus en wetenschapper? Welke taken heb je laten vallen en wat ben je blijven doen tijdens jouw periode als Secretary General?

Mijn start als Secretary General viel samen met mijn start als afdelingshoofd in het LUMC. Ik heb hierbij veel vrijheid gekregen van mijn team in het herschikken van mijn takenpakket. Zo ben ik minder patiëntenzorg gaan doen en heb ik qua onderzoek meer een superviserende rol gekregen dan dagelijks begeleider. Ik begeleid momenteel beduidend minder PhD studenten dan enkele jaren geleden en kan helaas minder begeleiding bieden op persoonlijk vlak. Het is echter ook goed om een stapje opzij te doen en deze rol aan anderen over te dragen.

Roos, hoe zie jij dat voor je? Heb je daar al concrete plannen voor?

Ik ben net gestart als MDL-arts in het UMC Utrecht en heb van tevoren met mijn afdelingshoofd besproken dat als ik deze functie zou krijgen, ik daar ook tijd voor nodig zou hebben. Dat was gelukkig geen probleem. Verder heb ik eigenlijk altijd veel nevenactiviteiten gehad naast mijn klinische werk, die elkaar afwisselen, omdat ze vaak voor 2-3 jaar zijn. Nu zal ik wat kritischer zijn om iets nieuws op te pakken als één van deze taken ten einde komt.

Verder denk ik dat deze functie mij uiteindelijk sowieso iets extra's zal brengen. Door mijzelf uit te dagen met deze nieuwe functie moet ik weer nieuwe dingen leren die ongetwijfeld mij als clinicus en wetenschapper ook beter en veelzijdiger maken. Daarnaast breidt het ook mijn netwerk uit, wat mij heel erg aanspreekt, omdat ik ervan hou om te

zien hoe dingen op verschillende plekken geregeld zijn en hoe iedereen dezelfde zaken soms toch anders aanpakt.

Jeanin, zou je in algemene zin iets kunnen vertellen over de (bestuurs/commissie) structuur binnen de UEG, en waarom jij denkt dat het leuk en belangrijk is voor Nederlandse klinici en/of wetenschappers om daar onderdeel van te zijn?

Met name de breedte is mijns inziens zeer inspirerend. We werken dus niet sec op het gebied van bijvoorbeeld hepatologie of endoscopie, maar je zit met een heel breed team in bijvoorbeeld een research committee, of een ander onderdeel van de UEG zoals Meeting of Members of National Societies Forum (NSF). Als klein land zijn contacten buiten landsgrenzen enorm belangrijk voor zowel klinisch als basaal onderzoek. En een andere cultuur verruimt ook je blik op de zorg die wij in Nederland leveren; soms ben je trots en soms zie je dat het toch nog weer beter kan.

Roos, we moeten het toch vragen. Hoe komt het dat wij als Nederland zo goed vertegenwoordigd zijn in het bestuur van de UEG (met o.a. ook Joost Drenth en voorheen Paul Fockens)?

Ik kan nu een heel mooi antwoord geven over Nederlanders die graag over de grens kijken, reislustig zijn, goed Engels spreken, breed georiënteerd zijn et cetera, maar ik denk dat het simpelweg ook gewoon komt door het fenomeen 'rolmodel'. Als je ziet dat er een andere Nederlander op het podium staat, denk je, nou, dan kan ik dat misschien ook wel. In ieder geval, zo werkt het voor mij. Daarnaast is Nederland een heel productief land op het gebied van onderzoek, door het vrij unieke systeem waarbij jonge dokters vaak eerst promoveren voordat ze met de opleiding starten. Door het onderzoek zijn veel onderzoekers, AIOS en uiteindelijk MDL-artsen al vroeg in hun carrière op een of andere manier bij UEG betrokken: door bezoek aan de congressen, of indienen van stukken bij UEG Journal. Wellicht dat deze bekendheid van UEG en betrokkenheid ook eerder uitnodigt om actief betrokken te zijn bij bestuurlijke functies.

En als laatste, Nederland is een klein land, maar heeft wel 2 lidmaatschappen bij UEG, namelijk namens de NVGE en de NVMDL. In het platform van de UEG waarbij de vertegenwoordigers van de verschillende nationale verenigingen aanwezig zijn (NSF) is Nederland daarom ook in verhouding vrij goed vertegenwoordigd en leeft UEG wellicht ook gewoon meer in Nederland dan in andere landen. En, wat ik bij de NSF vergaderingen ook gemerkt heb, is dat wij in Nederland ook ruimte hebben om dergelijke functies te bekleden. Veel andere landen hebben de artsen hele andere prioriteiten dan bestuursfuncties en zijn ze al hun tijd kwijt aan hun klinische werkzaamheden. Ik hoop dat we die ruimte in Nederland kunnen behouden.

Jeanin, wat is jouw belangrijkste advies voor Roos als toekomstig Secretary General? En blijf je actief binnen de UEG?

Er valt enorm veel te leren binnen de UEG. Voor mijzelf was

dat op het gebied van het aansturen van een professionele organisatie, maar ook het multicultureel vergaderen. Mijn advies aan Roos zou zijn: verwonder je over alle dingen die op je af komen waar je nooit eerder bij stil hebt gestaan! Ik blijf zeker gelieerd aan de UEG maar speel even geen zichtbare rol meer. Wie weet in de toekomst wel weer bij één van haar specialist societies.

Roos, welk doel hoop jij te bereiken als Secretary General?

Ik wil dat iedereen het gevoel heeft dat ze een stem hebben bij UEG, dat ze gehoord worden. Daarvoor is nodig dat iedereen zich welkom en thuis voelt bij UEG en dat we naar elkaar luisteren.

Auteurs: Michiel Bak en Michiel Voskuil

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 medio 2025.

Dus ben je momenteel aios MDL en spreekt bovenstaande 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 31 maart 2025.

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

Naam: Robert de Vos tot Nederveen Cappel

Functie binnen NVGE: Afgevaardigde namens de NVGIC

Motivatie: Met veel enthousiasme ben ik afgelopen jaar toegetreden tot het bestuur van de NVGIC. Ik houd ervan om samenwerking naar een hoger niveau te tillen en heb daar inmiddels best wat uitdagingen in gehad, zowel in mijn eigen ziekenhuis als bijvoorbeeld in ons regionale oncologisch netwerk (EMBRAZE). Ik werk inmiddels 13 jaar als GE-onco chirurg in Adrz en ervaar dagelijks hoe prettig en belangrijk het is dat een GE-praktijk goed draait in onderlinge samenwerking en juiste ondersteuning, ook met de samenwerkende ziekenhuizen.

Binnen het NVGIC-bestuur wordt het onder meer mijn doel om weer meer GE-chirurgen naar de Digestive Disease Days te krijgen. Het is mij tot op heden nog niet helemaal duidelijk wat de reden van de afnemende opkomst is, immers de programma's en de sprekers zijn steeds zorgvuldig gekozen en van hoge kwaliteit. Wel is het een feit dat er steeds meer 'nieuwe' congres initiatieven bij zijn gekomen, waarin verdieping wordt geboden binnen nieuwe ontwikkelingen. De keuze is dus wellicht te groot aan het worden en hiermee is ook de 'identiteit' van de Digestive Disease Days een beetje verloren gegaan. Hierdoor is de betrokkenheid van de NVGIC afgenomen en is onze deelname naar eens per jaar gegaan en wordt zo nu gefocust op de voorjaarseditie.

Het zal een interessante uitdaging zijn om te kijken of we de 'nieuwe' congresbehoeften toch weer binnen de DDD kunnen krijgen, wat zal resulteren in een breder en verdiepend aanbod waarvoor men graag afreist naar Veldhoven! Graag sta ik open voor ideeën en suggesties, en ga de uitdaging graag aan om met enthousiasme verdere verbinding tot stand te krijgen.

Ziekenhuis: Admiraal de Ruyter

Afdeling: Heelkunde

Functie: Chirurg

Naam: Mariëtte van Kouwen

Functie binnen de NVGE: Voorzitter Sectie Oncologie

Motivatie: Binnen de maag-darm-leverziekte houd ik me vooral bezig met de pre-maligne afwijkingen, met name erfelijke aandoeningen, zoals FAP en Lynch. Het voorkomen (preventie) van kwaadaardigheden is dus mijn core business. Maar helaas ontkomen de patiënten niet aan echte oncologie. Op die manier toch veel met oncologie te maken. Binnen de oncologie zijn er mooie ontwikkelingen gaande, zoals meer orgaansparend behandelen en natuurlijk de immunotherapie. Interessant om deze ontwikkelingen op de DDD een platform te geven.

Afgelopen jaren ben ik voorzitter geweest van het Concilium, deze taak heb ik begin 2024 overgedragen aan Kristien Tytgat, waardoor er ruimte ontstond om het voorzitterschap van de commissie oncologie van Manon Spaander over te nemen.

Ziekenhuis: Radboudumc

Afdeling: Maag-Darm-Leverziekten

Functie: MDL-arts

Aandachtsgebieden: Pre maligne afwijkingen, erfelijke aandoeningen, oncologie, onderwijs en opleiding

Naam: José Conchillo

Functie binnen de NVGE: Voorzitter Sectie Neurogastroenterologie en Motiliteit

Sinds 2008 werk ik als MDL-arts in het Maastricht UMC+ met als aandachtsgebied motoriekstoornissen van de bovenste tractus digestivus. Mijn expertise ligt vooral op het gebied van de slokdarmmotoriekstoornissen, GERD, eosinofiele oesofagitis en gastroparese. Daarnaast ben ik medisch hoofd van het MDL-functielaboratorium, waar motiliteitstesten van de gehele tractus digestivus worden uitgevoerd, waaronder antro-duodenale en colonmanometrie. Mijn huidige onderzoeksinteresses richten zich op de pathofysiologie en behandeling van gastroparese en op antro-duodenale motiliteitstesten.

Naast mijn klinische werkzaamheden en onderzoek ben ik actief in het onderwijs. Ik werk als universitair hoofddocent binnen de medische faculteit en ben modulecoördinator in de opleiding tot Arts-Klinisch Onderzoeker (AKO).

Sinds 2013 ben ik bestuurslid van de sectie Neurogastroenterologie en Motiliteit en per 1 januari 2025 voorzitter. Een van mijn doelstellingen in deze functie is het bevorderen van hoogwaardige wetenschappelijke sessies tijdens de DDD, gericht op basale Neurogastroenterologie en klinisch relevante motiliteitsonderzoek. Daarnaast richt ik me op het organiseren van klinisch georiënteerde symposia tijdens de DDD-najaarsvergadering. Tot slot wil ik me inzetten voor het versterken van de positie van de Neurogastroenterologie en Motiliteit binnen de NVGE.

Ziekenhuis: Maastricht UMC+

Afdeling: Maag-Darm-Leverziekten

Functie: MDL-arts

Aandachtsgebieden: Neurogastroenterologie en Motiliteit, motoriekstoornissen van de bovenste tractus digestivus, gastroparese, G-POEM, gastro-intestinale motiliteitstesten.

Terugblik casuïstische conferentie november 2024

Programma casuïstiek

Amsterdam UMC

Twee uitersten met gelijke gevolgen...

Dr. Sara van Gennep, aios MDL, Amsterdam UMC

Gastric blood loss (S.O.S!)

Dr. Sofie Bosch, aios MDL, Spaarne Gasthuis, Haarlem

UMC Utrecht

Giant gastric ulcer

Dr. Tanja Saat, aios MDL, UMC Utrecht

Lang verhaal met aan het einde toch weer corticosteroiden

Drs. Eelco Brand, aios MDL, Meander MC, Amersfoort

LUMC

Vergalopperen op cholelithiasis

Drs. Seng Liem, aios MDL, LUMC, Leiden



Presentatoren samen met bestuurslid Andrea van der Meulen vanuit de "Green Room".

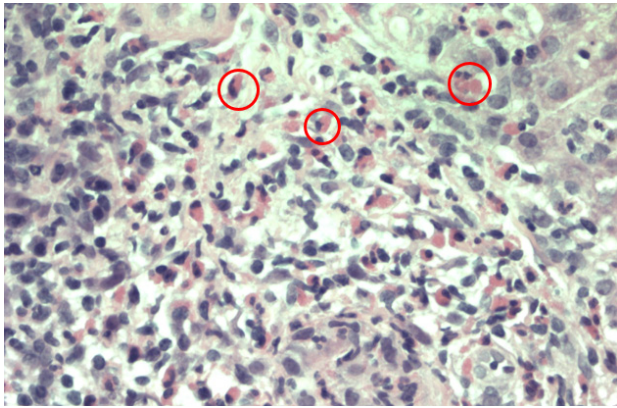
Casus van de Winaar

Lang verhaal met aan het einde toch weer corticosteroiden

Eelco Brand, aios MDL, Meander Medisch Centrum, Amersfoort

Een 34-jarige patiënte met een blanco voorgeschiedenis presenteerde zich op onze spoedeisende hulp met buikpijn. Zij was een half jaar daarvoor bevallen van een gezonde baby en was een zes dagen eerder opgenomen met bovenbuiksklachten in Duitsland. Aldaar was reeds een echo-abdomen en endo-echografie verricht, waarbij geen choledocho- of cholecystolithiasis werd gezien, maar wel microlithiasis en verdenking op een verdikte wand van de ductus choledochus. Bij gastroscopie werd een aspecifieke pangastritis gezien, waarvan geen bipten zijn genomen. Met de werkdiagnose cholangitis (zonder obstruerend moment) werd patiënte in Duitsland behandeld met augmentin gedurende 5 dagen.





Figuur 1. Histologie van leverbiopsie met binnen rode cirkels enkele voorbeelden van eosinofiele granulocyten. Met dank aan R. Arensman (patholoog).

In het laboratoriumonderzoek vielen een anemie (Hb 6.3mmol/L), milde leukocytose ($11.6 \times 10^9/L$), verhoogd CRP (134mg/L) en met name cholestatische leverproefstoornissen op (bilirubine 13 $\mu\text{mol/L}$, alkalisch fosfatase 875 IU/L, gamma-GT 794 IU/L, ASAT 110 IU/L en ALAT 94 IU/L). Echo-abdomen toonde geen cholelithiasis en geen cholecystitis, wel was er sprake van hepatomegalie. Onder de werkdiagnose cholangitis werd patiënte opgenomen en werd cefuroxim en gentamicine gestart. De volgende dag werd bij endo-echografie slanke galwegen en geen cholelithiasis gezien. Opvallend genoeg waren er vergrote benigne-ogende lymfeklieren in het hepatoduodenale ligament. De werkdiagnose cholangitis werd verworpen en de antibiotica werden gestaakt.

CT-abdomen toonde hepatosplenomegalie en multipale vergrote lymfeklieren in de leverhilus en het hepatoduodenale ligament, zonder andere focale pathologie. Virale diagnostiek (hepatitis A, B, C en E, EBV en CMV) was negatief. ANA was zwakpositief (1:80), IgG was verhoogd (21.7g/L) zonder verhoogd IgG4, anti-gladspierweefsel en anti-mitochondriële antistoffen waren negatief. Hierna werd een leverbiopsie verricht, waarbij een uitgebreide suppuratieve cholangitis met geringe periportale hepatitis werd gezien met opvallende influx van eosinofiele granulocyten (figuur 1).

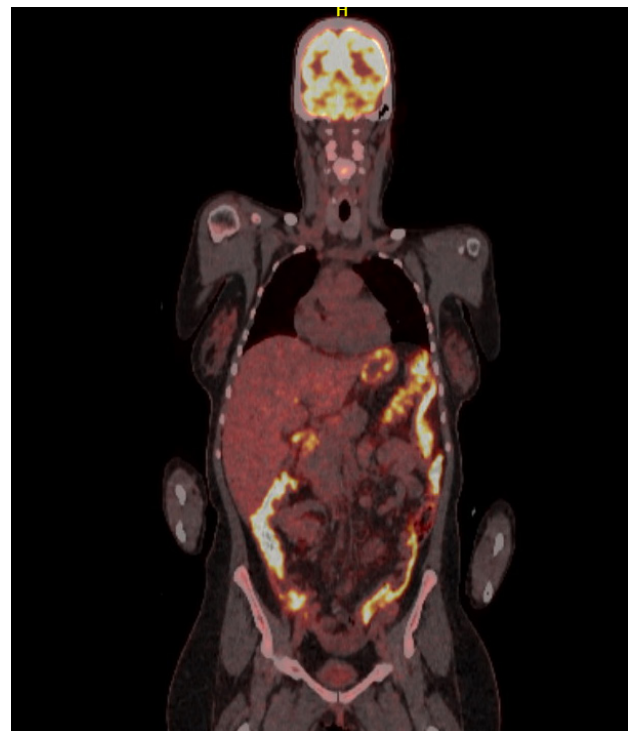
In de loop van de dagen namen de cholestatische leverproeven nog meer toe en daalden de transaminasen licht, het CRP bleef stabiel. De eosinofilie in het bloed nam steeds verder toe tot waarden boven de $1.5 \times 10^9/L$. Verdere infectiologische diagnostiek naar o.a. wormen en wormeieren, *Ascaris*, *Fasciola*, *Schistosoma*, *Stongyloides*, *Borrelia*, *echinococci*, *Lues*, tuberculose (middels quantiferon), herpes simplex virus 1 en 2, HIV en een galkweek waren negatief. Varicella zoster virus IgG was positief. Ook een proefbehandeling met praziquantel maakte geen verschil. Ondertussen had patiënte een jeukende rash op romp, armen en benen ontwikkeld, waarbij een huidbiopsie uitgebreide eosinofilie toonde. Daarnaast had patiënte diarree met later hierbij ook bloedverlies.

Bij dit nog onbegrepen klinische beeld werd een PET-CT scan verricht. Hierop werd hepatosplenomegalie en gekende lymfadenopathie, PET-activiteit langs de extrahepatische galwegen, geringe intrahepatische activiteit, diffuse activiteit in het colon passend bij colitis, deels hoge activiteit in de maag passend bij gastritis, diffuus verhoogde beenmergactiviteit gezien (figuur 2). Een beenmergbiopsie toonde 28% eosinofiele granulocyten (referentie: 0-4%) met normale morfologie, zonder afwijkingen in andere cellijnen en geen dysplasie. Bij sigmoïdoscopie was er een milde aspecifieke ontsteking, waarbij histologisch een chronische, focaal actieve ontsteking met geringe tot matige eosinofilie werd gezien.

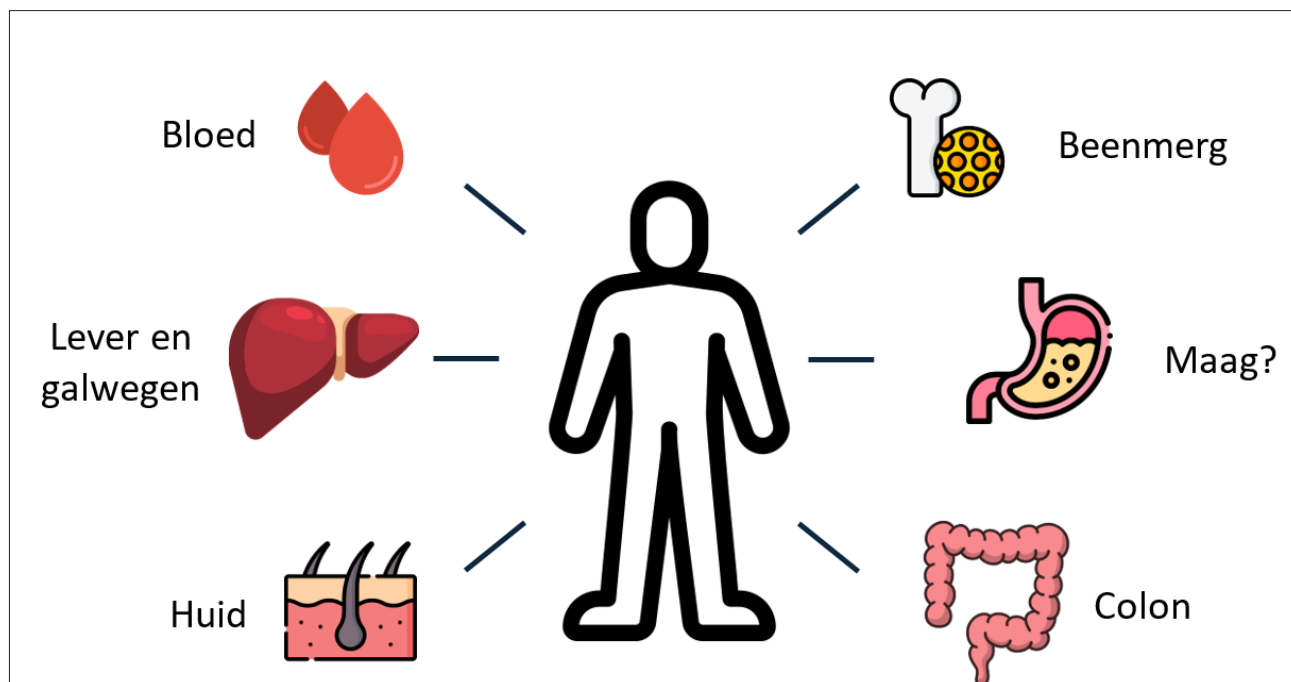
Alles samen nemend was (hyper)eosinofilie hier de gemene deler met betrokkenheid van het perifere bloed, lever en galwegen, huid, beenmerg, colon en mogelijk ook de maag (figuur 3). Hiermee werd de diagnose hypereosinofiel syndroom gesteld. Deze diagnose kan worden gesteld als voldaan wordt aan de volgende criteria, waarbij in deze casus alleen niet volledig aan het eerste criterium wordt voldaan:

Hypereosinofiel syndroom

- $> 1.5 \times 10^9/L$ eosinofiele granulocyten in perifeer bloed ($2 \times > 1$ maand tijdsverschil) en/of
 - $> 20\%$ eosinofielen granulocyten in beenmerg en/of
 - Patholoog beoordeelt weefselinfiltratie als uitgebreid
- In combinatie met
- Weefselschade



Figuur 2. Coronale aansnijing van PET-scan die onder andere PET-activiteit toont van het colon en de maag. Verder geringe aankleuring intrahepatisch.



Figuur 2. Betrokken orgaansystemen bij deze patiënt met hypereosinofiel syndroom.

De prevalentie van het hypereosinofiel syndroom wordt in de Verenigde Staten geschat op 0.36–6.3:100.000, wat grofweg vertaald in ongeveer 65–1134 patiënten in Nederland. Het komt even vaak voor bij mannen en vrouwen en wordt het meest gediagnosticeerd op de leeftijd tussen 20 en 50 jaar. Bij presentatie is het vaakst de huid, dan de longen, dan het maag-darmstelsel en daarna het hart betrokken.

Bij de diagnose moet worden uitgezocht welk type hypereosinofiel syndroom het betreft omdat dit bepalend is voor behandeling en prognose. Een aantal oorzaken van hypereosinofiel syndroom zijn: T-lymfocytair, myeloproliferatief, familiair, chronische eosinofiele leukemie NOS, secundair aan (parasitaire) infectie, in het kader van eosinofiele granulomatose met polyangiïtis (EGPA), in het kader van angio-oedeem met eosinofilie en idiopathisch. In onze casus werd na aanvullende diagnostiek het hypereosinofiel syndroom als idiopathisch geduid. Verder kan bij een rash, eosinofilie en systemische symptomen ook aan drug rash with eosinophilia and systemic symptoms (DRESS) worden gedacht, echter ontstaat dit 2–8 weken na een nieuw medicijn en gebruikte patiënte geen medicijnen voor opname in Duitsland. De behandeling en prognose is dus afhankelijk van de onderliggende oorzaak en ernst. In het geval van een idiopathisch hypereosinofiel syndroom waarbij geen urgente behandeling nodig is, is het advies om in eerste instantie te starten met 1dd20–60mg corticosteroiden. Patiënte werd hiervoor poliklinisch overgenomen door de klinische immunologie van het nabijgelegen academisch ziekenhuis, waarbij na start corticosteroiden vlot herstel optrad.

Referenties

1. Valent P et al. *J Allergy Clin Immunol.* 2012 Sep;130(3):607–612.e9.
2. Roufosse F et al. *Uptodate.com: Hypereosinophilic syndromes: clinical manifestations, pathophysiology and diagnosis.* Geraadpleegd op 21 januari 2025.
3. Crane MM et al. *J Allergy Clin Immunol.* 2010 Jul;126(1):179–81.
4. Ogbogu PU et al. *J Allergy Clin Immunol.* 2009 Dec;124(6):1319–25.e3.
5. Roufosse F et al. *Uptodate.com: Hypereosinophilic syndromes: treatment.* Geraadpleegd op 21 januari 2025.



Winnaar Eelco Brand, aios MDL, Meander MC, Amersfoort.

Hendrik van Dullemen gaat met pensioen



Hendrik van Dullemen.

An alles komt een einde; met pijn in ons hart zal Hendrik van Dullemen het UMCG verlaten en gaan genieten van zijn welverdiende pensioen. Peter Jansen haalde Hendrik als Amsterdamse Brabander naar het UMCG (destijds nog AZG) om het MDL-team voor IBD en endoscopie te versterken. Destijds al met hoge verwachtingen, nadat hij in Amsterdam eeuwig faam had vergaard door als eerste te publiceren over anti-TNF behandeling bij patiënten met de ziekte van Crohn (van Dullemen et al, Gastroenterology, 1995). Die hoge verwachtingen heeft hij hier in Groningen meer dan waargemaakt. Van begin af aan is Hendrik nauw betrokken geweest bij de IBD zorg in Groningen en mede door zijn bijdrage is het IBD centrum gegroeid tot zijn huidige omvang. Hendrik deed echter veel meer dan alleen IBD zorg in Groningen. Hij is een generalist pur sang, en speelde een centrale rol in de zorg omtrent complexe IBD, pancreatitis en advanced endoscopy in het UMCG. Zijn hart ligt de laatste jaren bij endo-echogeleide interventies.

Hendrik heeft zich altijd ingezet voor het onderwijs en opleiding. Zijn stijl kenmerkt zich door persoonlijke en positieve

benadering. De moeilijkste procedures kan hij eenvoudig uitleggen, hij geeft de aios/junior stafleden veel vertrouwen en blinkt uit in het aanwijzingen geven zonder het overnemen van de scoop. Ook buiten het werk om was Hendrik een verbinder, en dan natuurlijk met name in het fietsen, zijn grote passie buiten het werk. Samen met collega's uit Zwolle en Enschede organiseerde hij de skivakanties en fietsuitjes, en riep hij de jaarlijkse MDL Holterberg tijdrit in het leven: een inmiddels traditioneel regionaal MDL evenement met wisselbeker (hij heeft hem helaas nooit kunnen winnen). Stiekem hoopt iedereen dat we net als Hendrik met zoveel plezier, energie en enthousiasme tot de pensioengerechtigde leeftijd kunnen doorwerken. Zelfs tot in de laatste maand voerde hij met enthousiasme nog nieuwe procedures uit en bleef hij, ook toen het niet meer nodig was, voor interventies diensten doen omdat hij dit gewoon te leuk vond. Zijn humor, luchtigheid en repeterende vermakelijke anekdotes zullen we gaan missen.

We wensen Hendrik veel geluk en plezier komende jaren met Margot, kinderen en kleinkinderen.

Namens de afdeling MDL UMCG
 Marijn Visschedijk, MDL-arts
 Michiel Voskuil, aios MDL
 Gerard Dijkstra, MDL-arts

DDD PITCH

Oproep aan alle collega's, PhD studenten

Wil jij jouw research pitch in de volgende editie van de DDD news? Heb jij onlangs gepubliceerd en wil je een Nederlandse samenvatting delen in de DDD science rubriek?

Het doel van onze vereniging is immers om onderzoek te bevorderen en daarbij de kennis te verruimen en te delen. Laat van je horen! Deel je resultaten met ons en je collega's in Nederland! Mail naar secretariaat@nvge.nl met als onderwerp 'DDD science rubriek'. Wij nemen zo snel mogelijk contact met je op!

Sectie: Neurogastroenterologie en motiliteit

Analysis of Antroduodenal Motility in Patients With Hypermobility Spectrum Disorders/Hypermobility Ehlere–Danlos Syndrome

Referentie: Sweerts KWE, Mujagic Z, Keszthelyi D, Conchillo JM. Analysis of Antroduodenal Motility in Patients With Hypermobility Spectrum Disorders/Hypermobility Ehlere–Danlos Syndrome. Aliment Pharmacol Ther. 2025 Jan 2. doi: 10.1111/apt.18471. PMID: 39745483.

Door: Drs. Kim W.E. Sweerts, PhD kandidaat, MUMC+ en Dr. José M. Conchillo, MDL-arts, MUMC+

Inleiding

Het Ehlers–Danlos syndroom (EDS) is een erfelijke bindweefsel-aandoening die leidt tot hyperflexibiliteit van de gewrichten en weefselverslapping en bestaat uit 13 subtypes. Hypermobiele EDS (hEDS) is de meest voorkomende vorm en maakt deel uit van de hypermobility spectrum stoornissen (HSDs), die gekenmerkt worden door gewrichtsinstabiliteit en secundaire musculoskeletale symptomen zoals chronische pijn. HSD omvat een breed spectrum van aandoeningen, variërend van asymptomatische gewrichtshypermobiliteit tot hEDS. HSD/hEDS patiënten presenteren zich vaak met gastro-intestinale klachten zoals abdominale pijn, misselijkheid en obstipatie, wat leidt tot een hoge ziektelast en niet zelden tot voeding ondersteunende therapieën. Hoewel gastro-intestinale dysmotiliteit vaak wordt verondersteld als mogelijke oorzaak van de gastro-intestinale symptomen in deze patiënten, blijft dit mechanisme grotendeels onbegrepen. Hoge resolutie antro-duodenale manometrie (HR-ADM) kan gebruikt worden om de antro-duodenale motoriek in kaart te brengen en daarom hebben we in deze studie onderzocht of er verschillen zijn in antro-duodenale motoriek tussen patiënten met gastro-intestinale klachten, met of zonder HSD/hEDS.

Studieresultaten

In totaal werden 239 patiënten (209 vrouwen, gemiddelde leeftijd 42.1 (SD 15.8) jaar) geïnccludeerd. De HSD/hEDS groep bestond uit 50 patiënten (48 vrouw) en de non-HSD/hEDS groep bestond uit 189 patiënten (161 vrouw). De dominante gastro-intestinale klachten in de totale populatie waren: misselijkheid en/of braken (n=113), abdominale pijn (n=54), obstipatie (n=37), en excessief vol gevoel (n=21). Tussen de twee groepen was er geen verschil qua predomi-

nant symptoom. Een maagledigingstest was beschikbaar voor 200 patiënten, er was geen verschil in de aanwezigheid van vertraagde maaglediging tussen de twee groepen (HSD/hEDS: 85% vs. Non-HSD/hEDS: 94%, p=NS).

Een abnormale ADM werd gevonden in 62% van de totale populatie, antrale hypomotiliteit in 28% en pylorus spasme in 10% van de patiënten. Neuropathische patronen werden gevonden in 44% van de populatie, gedefinieerd als retrograde peristaltiek (16%), bursts (17%), geclusterde contracties (2%) en afwezigheid van fase III complex (22%).

De prevalentie van abnormale ADM was niet hoger in patiënten met HSD/hEDS ten opzichte van patiënten zonder HSD/hEDS (53% vs. 64%, p=0.176). Echter, geïsoleerde enterische dysmotiliteit was minder voorkomend in de HSD/hEDS groep (13%) in vergelijking met de non-HSD/hEDS groep (34%) (p=0.006).

Klinische toepassing

De studie toont aan dat de prevalentie van antro-duodenale dysmotiliteit bij patiënten met en zonder HSD/hEDS en gastro-intestinale symptomen niet verschillend is. Echter was enterische dysmotiliteit minder voorkomend in de HSD/hEDS groep, terwijl de prevalentie van vertraagde maaglediging vergelijkbaar was. Dit impliceert dat gastro-intestinale symptomen bij patiënten met HSD/hEDS mogelijk eerder veroorzaakt worden door een vertraagde maaglediging dan door enterische dysmotiliteit. Toekomstig onderzoek moet zich daarom richten op factoren buiten enterische dysmotiliteit om de mechanismen van gastro-intestinale symptomen en voedselintolerantie bij patiënten met HSD/hEDS beter te karakteriseren en het diagnostisch proces efficiënter in te richten.



WOENSDAG 19 MAART 2025

Woensdag	Brabantzaal	Auditorium	Baroniezaal	Parkzaal
09.30 - 10.45	Symposium Sectie Inflammatoire Darmziekten/ Pathologie	Symposium NVGIC: Duurzaamheid	ALV Nederlandse Vereniging van Hepatologie (10.00-10.45)	Abstractsessie NVGIC, Sectie Gastrointestinale Endoscopie en Sectie Inflammatoire Darmziekten
10.45 - 11.15	Koffiepauze	Koffiepauze	Koffiepauze	Koffiepauze
Tijdens koffiepauze	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer
11.15 - 12.15	Plenaire opening DDD en President Select Uitreiking Proefschriftprijs +voordracht Keynote Dr. S.L. Meijer: AI in de GI pathologie			
12.15 - 12.30	ALV Nederlandse Vereniging voor Gastroenterologie			
12.30 - 13.30	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
13.30 - 14.30	Abstractsessie Sectie Gastrointestinale Endoscopie	Abstractsessie Nederlandse Vereniging voor Gastrointestinale Chirurgie	Symposium NVH/ Pathologie: Benigne levertumoren Einde sessie 15.00 uur	Abstractsessie Sectie Gastrointestinale Oncologie I
14.30 - 16.00	Symposium Mesenteriaal Ischemie (i.c.m. NVGIC)	Symposium Sectie Endoscopie / Pathologie	Pitches NVH Young Hepatologists Awards 2024	
16.00 - 16.30	Theepauze	Theepauze	Theepauze	Theepauze
Tijdens theepauze	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer
16.30 - 17.30	Symposium Sectie Oncologie / Pathologie	Symposium NVGIC: Prehabilitatie	Masterclass Young adult Care	
17.30 - 18.30	Top abstracts Pitch MDL Fonds Uitreiking Researchprijs + voordracht Distinguished Hepatology Award + voordracht			
18.15 - 19.30	Informele afsluiting in expositiehal			
19.30 - 22.00	Diner in Beneluxhal			
22.00 - 00.00	Gelegenheid tot netwerken			

DONDERDAG 20 MAART 2025

Donderdag	Brabantzaal	Auditorium	Baroniezaal	Parkzaal	Zaal 80/81
08.00					Intervisie Verpleegkundig Specialisten
08.30 - 09.45	Ochtendprogramma V&VN MDL algemeen (aanvang 08.45 uur)	Symposium / Abstracts Sectie Inflammatoire Darmziekten II	NVMDL symposium: Ijsbreker project		
09.45 - 10.15	Koffiepauze	Koffiepauze	Koffiepauze	Koffiepauze	Koffiepauze
Tijdens koffiepauze	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer
10.15 - 11.45	Vervolg ochtendprogramma V&VN MDL algemeen Einde sessie 12.00 uur	Symposium MDL Fonds	Symposium / Abstracts Sectie Experimentiele Gastroenterologie / Pathologie I	Abstractsessie Sectie Neurogastroenterologie en Motiliteit	PhD netwerk
12.00 - 12.45	Lunch expositiehal	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	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer
12.45 - 13.45	Abstractsessie Sectie Gastrointestinale Oncologie II	Symposium Opleiding NOVUM 2.0	Symposium / Abstracts Sectie Experimentele Gastroenterologie	Middagprogramma V&VN MDL - Endoscopie	Middagprogramma V&VN MDL – i.c.m. Sectie Neurogastroenterologie en Motiliteit
13.45 - 14.15	Theepauze	Theepauze	Theepauze	Theepauze	Theepauze
14.15 - 15.15	Symposium / Abstracts Sectie Inflammatoire Darmziekten III	Symposium Sectie Endoscopie: Complicatie Management	Mini-Symposium BVO Darmkanker	Middagprogramma V&VN MDL - Endoscopie	Middagprogramma V&VN MDL – i.c.m. Sectie Neurogastroenterologie en Motiliteit
15.15 - 16.30			ALV Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen		

 ALV

 SYMPOSIUM

 V&VN MDL

 ABSTRACTSESSIE

Sectie IBD - Mucosale Genezing, De Heilige Graal?

Woensdag 19 maart, 09.30 – 10.45, Brabantzaal

Donderdag 20 maart, 08.30 – 09.45, Auditorium

Donderdag 20 maart, 14.15 – 15.15, Brabantzaal

Ook dit jaar mochten we als sectie maar liefst 30 abstracts van hoge kwaliteit ontvangen uit Nederland. Het is bijzonder om te zien dat er zoveel hoogstaand en waardevol onderzoek wordt gedaan, dat niet alleen wetenschappelijk maar ook klinisch relevant is. Zoals altijd worden deze abstracts vergezeld door topklasse lezingen.

Op woensdag 19 maart openen we de sessie in de Brabantzaal, met lezingen van IBD-specialistische pathologen Dr. Nikki Klein en Dr. Gursah Kats. Zij nemen ons mee in de dagelijkse uitdagingen van het onderscheiden van colitis op het niveau van pathologie, en geven een blik op de toekomst van het landelijke IBD-rapport. Daarna volgt een levendige pro-en-contra discussie door de experts Dr. Mark Löwenberg en Dr. Andrea van der Meulen. Zij duiken in de dagelijkse

dilemma's van het streven naar mucosale genezing.

Donderdag 20 maart gaat Dr. Josbert Keller dieper in op fecestransplantatie bij IBD-patiënten met clostridium. Een complex en klinisch zeer relevant onderwerp. Na deze lezing volgen hands-on abstracts over het verlengen van medicatiedoseringen.

Als afsluiter om 14.15 uur, hebben we een up-to-date sessie over IBD en zwangerschap. Dit wordt gevolgd door vernieuwend onderzoek van eigen bodem.

We kijken ernaar uit om jullie allemaal te verwelkomen en samen inspirerende discussies te voeren!

Dr. Marijn Visschedijk

Symposium Mesenteriaal Ischemie

Woensdag 19 maart, 14.30 – 16.00, Brabantzaal

De Dutch Mesenteric Ischemia Studygroup (DMIS) organiseert een multidisciplinair symposium waarbij de highlights van de gereviseerde European Society for Vascular Surgery (ESVS) richtlijn voor acute en voor chronische mesenteriaal ischemie zullen worden gepresenteerd. Deze richtlijn is bedoeld voor alle professionals (MDL, chirurgie en radiologie) die betrokken zijn bij de diagnostiek en behandeling van mesenteriaal ischemie. Aansluitend zal Koen Vree Egberts de resultaten presenteren van retrospectief onderzoek waaruit blijkt dat een arteria mesenterica superior (AMS)

stenose een risicofactor is voor het krijgen van naadlekkage. Om de gevolgen van deze studie voor de dagelijkse praktijk te beoordelen zal een prospectieve gerandomiseerde studie worden opgezet waarbij een electieve stent wordt geplaatst voor colorectale resectie. Graag informeren wij u alvast over deze studie. Tot slot worden de nieuwste inzichten in radiologische diagnostiek rondom chronische mesenteriaal ischemie gedeeld.

Dr. Desirée Leemreis

NVH en DBLTG Symposium: Multidisciplinaire behandeling van leveradenomen

Woensdag 19 maart, 13.30 – 15.00, Baroniezaal

De Nederlandse Vereniging voor Hepatologie verzorgt in samenwerking met de Dutch Benign Liver Tumor Group deze dag een symposium waarin de multidisciplinaire behandeling van leveradenomen centraal staat. Een multidisciplinair team met vertegenwoordiging vanuit de pathologie, (interventie)radiologie, chirurgie, hepatologie en gynaecologie

zullen u meenemen door de laatste inzichten met betrekking tot diagnostiek en behandeling van deze patiëntengroep.

We nodigen u van harte uit om aanwezig te zijn bij dit symposium!

Alicia Furumaya

Symposium Sectie Gastro-intestinale Oncologie i.c.m. Pathologie

Woensdag 19 maart, 16.30 - 17.30, Brabantzaal

De afgelopen jaren is er veel aandacht geweest voor de kwaliteit van de coloscopie, het herkennen en behandelen van pre-maligne laesies en vroeg carcinoemen in het colon. Ditmaal staat de maag centraal, in een symposium waarbij zowel de endoscopische aspecten als de pathologische kant belicht wordt.

In het eerste deel wordt stil gestaan bij de kwaliteit van de gastroscopie ("hoe doe je een kwalitatief goede gastroscopie, waar liggen de valkuilen?"). Het herkennen van pre-maligne laesies, met name intestinale metaplasie en dysplasie

en wat zijn de klinische consequenties en follow up hiervan. Dit deel wordt verzorgd door dr. J. Honing (MDL-arts Erasmus MC) samen met dr. L. Oudijk (patholoog Erasmus MC). Het tweede deel staat in het teken van het vroeg carcinoom van de maag, wat zijn hiervan de endoscopische kenmerken en wat zijn de mogelijke endoscopische behandelmethoden, door prof. dr. B. Weusten (UMCU en Antonius Ziekenhuis Nieuwegein) samen met dr. J. E. Freund, (patholoog UMCU).

Dr. Mariëtte van Kouwen

NVGE PhD Netwerk sessie "Klaar voor je proefschriftverdediging? Van voorbereiding tot succes!"

Donderdag 20 maart, 10.15-11.45, Zaal 80/81

Na vaak jarenlang onderzoek doen, werkt iedere PhD student toe naar hetzelfde eindpunt: de proefschriftverdediging. Dit is natuurlijk een feestelijke gelegenheid, maar vergt ook een goede voorbereiding. Hoe kun je bijvoorbeeld jouw complete proefschrift kort samenvatten in een lekenpraatje? En op welke manier kun je je wapenen tegen kritische opposanten? Wat is de oplossing voor de beantwoording van vragen buiten jouw expertise? In onze sessie dit voorjaar, zorgt het NVGE PhD Netwerk ervoor dat alle aanwezigen klaargestoomd worden voor de proefschriftverdediging. Dr. Lotte

Boxhoorn (aios MDL bij Amsterdam UMC) promoveerde in 2022 en won de NVGE proefschriftprijs. Zij zal samen met haar co-promotor dr. Rogier Voermans (MDL-arts bij Amsterdam UMC) vertellen over haar proefschriftverdediging. Uiteraard worden er nuttige tips gedeeld en is er voldoende ruimte om vragen te stellen aan deze ervaringsdeskundigen. Zoals altijd zijn niet alleen PhD-studenten, maar alle geïnteresseerden van harte welkom om deze sessie bij te wonen!

Ayla Thijssen

Masterclass: Tien Tips voor Transitie

Woensdag 19 maart, 16.30-17.30, Baroniezaal

Van MDL-artsen horen we regelmatig dat de patiënten die overgenomen worden vanuit de kindergeneeskunde vaak de meest lastige patiënten zijn. Om niet te spreken over de ouders die vaak nog mee willen komen op de poli. Elk jaar maken ongeveer 1000 jongeren met een aangeboren of chronisch verworven maag-, darm-, of leveraandoening de overstap naar de volwassenenzorg. Deze overstap is een essentieel onderdeel en zeker niet het einde van de transitiezorg. Soms is de MDL-arts al voor de overstap betrokken

bij de zorg (via een multidisciplinair overleg, een eerdere live kennismaking, of een gezamenlijke transitiepoli), en wordt na de overdracht de transitiezorg voortgezet door dezelfde MDL-arts of verpleegkundige. De recente Kwaliteitsstandaard Transitiezorg*, die op initiatief van de Federatie Medisch Specialisten is ontwikkeld, vormt hierbij een uitstekende basis. Tijdens de Masterclass wordt uitgebreid ingezoomd op belangrijke praktische issues die een rol kunnen spelen bij overstap van kinderzorg naar volwassenen-



zorg. Er wordt antwoord gegeven op veelgehoorde vragen uit de praktijk, zoals:

- Waarom zijn patiënten die uit de kindergeneeskunde komen zo anders?
- Hoe zorg je ervoor dat je jongvolwassen patiënt vertrouwen krijgt in jou en je team?
- Wat merken ouders van de verschillen in zorg en benadering?
- Hoe geef je samen met de kinderarts-MDL vorm aan een soepel transitie proces?
- Wat kan je doen om in jouw ziekenhuis de overstap van zorg goed en efficiënt te regelen?
- Wat is een warme overdracht? En kan dit ook online?

Tijdens deze eerste Transitie Masterclass bespreken we de ervaringen van 4 jongvolwassen patiënten: na levertransplantatie, met IBD, leverziekte en korte darm syndroom.

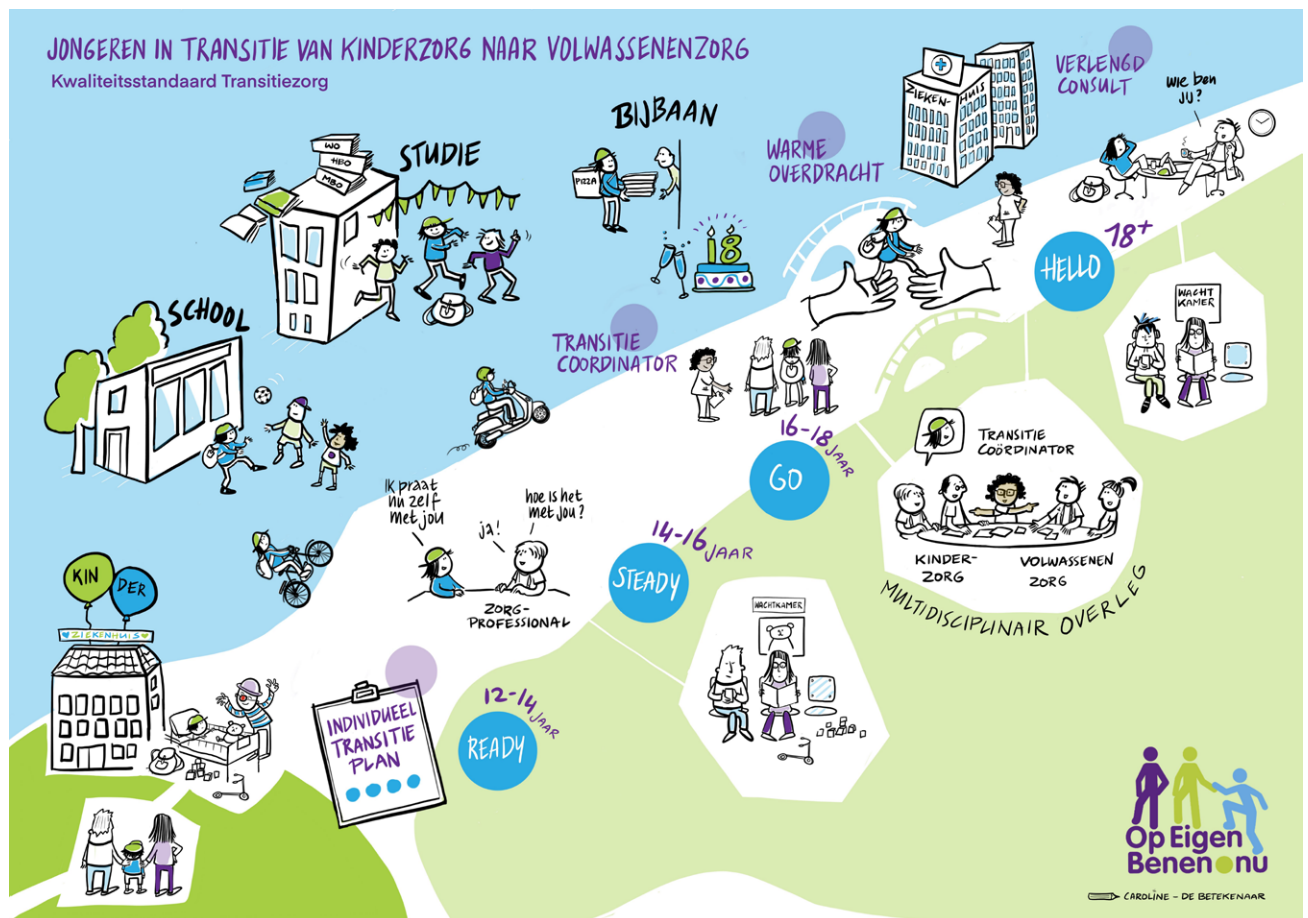
Door het sprekersteam van MDL-artsen, verpleegkundig specialisten en kinderartsen-MDL wordt een 10-tal praktische tips gegeven, uit de praktijk en op basis van de literatuur.

Dit kan je niet missen!

*Referentie

https://richtlijndatabase.nl/richtlijn/kwaliteitsstandaard_-_jongeren_in_transitie_van_kinderzorg_naar_volwassenenzorg/startpagina_-_jongeren_in_transitie_van_kinderzorg_naar_volwassenenzorg.html

Prof. dr. Hankje Escher



In deze rubriek stellen we een MDL onderzoeker met nog een lange horizon de volgende vragen: **Wat is dé onderzoeksvraag die je in je carrière nog zou willen beantwoorden? Waarom is juist deze vraag zo belangrijk? Als je unlimited resources zou hebben, hoe zou je deze vraag dan proberen te beantwoorden?**

In de huidige editie hebben we **dr. Jurjen Boonstra**, MDL-arts in het LUMC, deze vragen gesteld. De gouden vraag van Jurjen:

Wat zijn de biologische mechanismen achter de metastasering van een vroeg stadium colorectaal carcinoom en hoe vertalen we deze inzichten naar de klinische praktijk?

Lokale (endoscopische) resectie vormt de hoeksteen van de behandeling van patiënten met een vroeg stadium colorectaal carcinoom. De meerderheid van patiënten kan hiermee curatief behandeld worden en een grotere chirurgische resectie bespaard blijven. Na endoscopische behandeling vindt er nauwkeurige pathologische beoordeling plaats van bepaalde risicokenmerken (zoals de aanwezigheid van bloed of lymfvatinvasie of tumor budding) om zo het risico op het al dan niet hebben van lymfkliermetastasen in te schatten. Het is echter al langer bekend dat deze pathologische risicokenmerken matige voorspellers zijn: bij aanwezigheid van 1 hoog-risicokenmerk blijkt in ongeveer 90% van de gevallen dat er helemaal geen kankercellen aantoonbaar zijn in de lymfklieren. Verder komt er ook steeds meer bewijs dat tumorcellen zich kunnen verspreiden naar andere organen zonder dat lymfklieren zijn aangedaan. Om de behandeling voor deze tumoren verder te verbeteren is het essentieel de onderliggende biologie te ontrafelen: hoe zijn vroeg-invasieve darmkankers in staat uit te zaaien naar lymfklieren en/of andere organen?

Duidelijk is dat de biologie van deze tumoren, hoe klein ze ook zijn (het invasieve focus is vaak niet groter dan 1 cm!), erg complex is. Net als elke andere tumor bevatten vroeg stadium darmkankers een verscheidenheid aan cellulaire (kankercellen, fibroblasten, endotheelcellen, immuuncellen, microbiom) en niet-cellulaire componenten (extracellulaire matrix) die op allerlei manieren met elkaar kunnen interacteren. Hoogstwaarschijnlijk bepaalt de slotsom van deze interacties of kankercellen kunnen uitzaaien naar andere plaatsen in het lichaam of niet. Recentelijk is er een subsidie toegekend aan een project dat met zeer geavanceerde



Dr. Jurjen Boonstra.

moleculaire technieken kijkt of we de onderliggende processen beter kunnen begrijpen. Dit type onderzoek is de drijver achter innovatieve manieren om uiteindelijk te komen tot betere risicostratificatie en behandelmethoden.

Als het lukt om de moleculaire processen te ontrafelen die bepalend zijn in het proces van metastasering, dan is de volgende uitdaging om deze bevindingen te vertalen naar klinische toepassingen waar patiënten uiteindelijk ook iets aan hebben. Dit is een grote uitdaging waarbij wij als MDL-artsen een cruciale rol spelen. Momenteel zijn al verschillende veelbelovende initiatieven op het gebied van moleculaire beeldvormende technieken lopende die deze translatie proberen te maken. Eén daarvan is fluorescentie endoscopie, een techniek waarbij specifieke eiwitten in een tumor gelabeld worden en middels fluorescentie real-time kunnen worden gevisualiseerd. Dit zou een endoscopist bijvoorbeeld in staat kunnen stellen om voorafgaand aan een endoscopische resectie te bepalen of er eiwitten aanwezig zijn die sterk geassocieerd zijn met uitzaaiingen. Een andere veelbelovende techniek is gelabelde eiwitten zichtbaar maken met een gecombineerde PET/MRI scan. Zo is het bijvoorbeeld mogelijk om fibroblast activating protein (FAP), een eiwit dat vooral door kanker geassocieerde fibroblasten tot expressie wordt gebracht, specifiek zichtbaar te maken met een gallium-isotoop gebonden FAP remmer.

Aan het einde van mijn carrière hoop ik dat we de biologische mechanismen voor metastasering verder hebben ontrafeld en dat de daaruit voortvloeiende toepassingen zoals moleculaire beeldvorming mij kunnen helpen de juiste patiënten te selecteren voor geavanceerde endoscopische resecties.

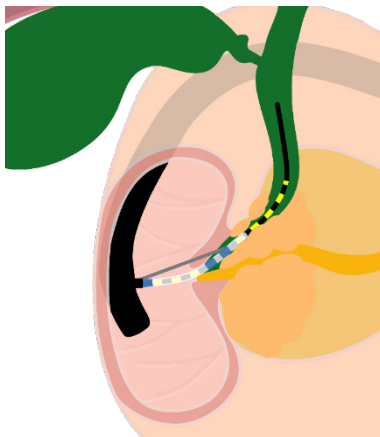
Endoscopische sfincterotomie ter preventie van post-ERCP pancreatitis na biliaire drainage middels FCSEMS-plaatsing voor distale maligne galwegobstructie (SPHINX): een multicenter gerandomiseerde trial

Nederlandse samenvatting door:

Drs. Anke M. Onnekink, arts-onderzoeker MDL, LUMC, dr. Roy L.J. van Wanrooij, MDL-arts, Amsterdam UMC en prof. dr. Jeanin E. van Hooft, MDL-arts, LUMC

Achtergrond

Endoscopische retrograde cholangiopancreatografie (ERCP) met plaatsing van een *fully covered self-expandable metal stent* (FCSEMS) is de voorkeursbehandeling voor biliaire drainage bij patiënten met een verdenking op een distale maligne galwegobstructie. Een veelvoorkomende complicatie na deze procedure is een post-ERCP pancreatitis (PEP), die mogelijk veroorzaakt wordt door obstructie van de ductus pancreaticus door de expansieve krachten van de SEMS in combinatie met de covering van de stent. Endoscopische sfincterotomie (ES) voorafgaand aan de stentplaatsing zou, door het verwijden van de papil van Vater, het risico op PEP kunnen verlagen (Figuur 1). Eerdere gerando-



Figuur 1. Patiënten in de sfincterotomie-groep ondergingen ES voorafgaand aan plaatsing van een FCSEMS tijdens ERCP.

Methoden

In deze multicenter, gerandomiseerde studie werden patiënten met een verdenking op een distale maligne galwegobstructie, die een indicatie hadden voor biliaire drainage, geïncludeerd. Exclusiecriteria waren een benigne of hilaire stenose, een eerdere sfincterotomie of ductus pancreaticus stent (PD-stent), hemostasestoornissen of het onvermogen om anticoagulantia te onderbreken. Patiënten werden na succesvolle biliaire canulatie gerandomiseerd in twee groepen: de sfincterotomiegroep (ES) en de controlegroep (geen

ES). Vervolgens werd bij alle patiënten een FCSEMS (Cook Evolution® Biliary Stent - Fully Covered; Cook Ireland Ltd) geplaatst. Rectale NSAID's werden routinematig toegediend voorafgaand aan de ERCP. Patiënten waren geblindeerd voor de toegewezen studie-interventie.

Het primaire eindpunt was PEP, gedefinieerd als een acute pancreatitis gedurende 30 dagen na ERCP volgens de gemodificeerde Cotton-criteria: (1) nieuwe of verergerde buikpijn die een nieuwe of verlengde ziekenhuisopname vereist en (2) een verhoging (≥ 3 keer de bovengrens van normaal) van pancreasenzymen (amylase en/of lipase) > 24 uur na de ERCP. Overige uitkomsten waren de ernst van pancreatitis, ERCP- en stentgerelateerde morbiditeit en 30-dagen mortaliteit.

Bevindingen

De interim-analyse van de eerste 259 patiënten (50% van de oorspronkelijk geplande 518) toonde een PEP-incidentie van 17% in de sfincterotomiegroep versus 21% in de controlegroep (RR 0.83, 95% CI 0.50 – 1.37, $p=0.46$). De kans op het aantonen van superioriteit van ES ten opzichte van geen ES voor de eindanalyse (met de beoogde 518 patiënten) was slechts 2.5%, waarna de studie in verband met futiliteit vroegtijdig werd beëindigd.

Uiteindelijk werden er in totaal 297 patiënten gerandomiseerd, waarvan 156 in de sfincterotomiegroep en 141 in de controlegroep. De meest voorkomende oorzaak van distale maligne galwegobstructie was pancreascarcinoom (74%), gevolgd door cholangiocarcinoom (13%). Van alle uitgevoerde ERCP-procedures werden er 95 (33%) door de endoscopist als moeilijk geclassificeerd (≥ 5 pogingen tot galwegcanulatie of ≥ 5 minuten nodig voor canulatie).

PEP trad op in 26 van de 156 patiënten (17%) in de sfincterotomiegroep en in 30 van de 141 patiënten (21%) in de controlegroep PEP (RR 0.78, 95% CI 0.49-1.26, $p=0.37$), waarbij het merendeel van de gevallen (84%) een milde pancreatitis betrof. Er waren geen significante verschillen in de incidentie van bloedingen, perforaties, cholangitis, cholecystitis en 30-dagenmortaliteit tussen beide groepen.

Conclusie en implicaties voor de toekomst

De SPHINX-studie is, ondanks de vroegtijdige beëindiging, de grootste gerandomiseerde studie naar het effect van ES op PEP bij maligne galwegobstructie. Onze bevindingen lieten zien dat ES niet resulteert in een lagere PEP-incidentie

bij patiënten die een ERCP met FCSEMS-plaatsing ondergaan. Daarentegen ging ES ook niet gepaard met een verhoogd risico op andere complicaties zoals een bloeding, perforatie, cholangitis of cholecystitis. Gezien het ontbreken van duidelijke voordelen, raden wij het routinematig uitvoeren van ES voorafgaand aan FCSEMS plaatsing in deze setting af.

Referentie:

1. Onnekink AM, Gorris M, Bekkali NL, et al. Endoscopic sphincterotomy to prevent post-ERCP pancreatitis after self-expandable metal stent placement for distal malignant biliary obstruction (SPHINX): a multicentre, randomised controlled trial. *Gut*. Oct 10 2024;doi:10.1136/gutjnl-2024-332695

Primaire en secundaire uitkomsten

	Sfincterotomie groep (n=156)	Controle groep (n=141)	RR (95% CI)	P-value
Primair eindpunt				
Post-ERCP pancreatitis (PEP)	26 (17%)	30 (21%)	0.78 (0.49 – 1.26)	0.37
Secundaire eindpunten				
Ernst van pancreatitis (volgens revised Atlanta criteria)				
Mild	23/26 (89%)	24/30 (80%)	1.11 (0.88 – 1.39)	0.48
Matig of ernstig	3/26 (12%)	6/30 (20%)	0.58 (0.16 – 2.10)	
ERCP-gerelateerde morbiditeit				
Bloeding	0 (0%)	1 (1%)	-	0.48
Perforatie	0 (0%)	1 (1%)	-	0.48
Cholangitis	4 (3%)	3 (2%)	1.21 (0.27 – 5.29)	1.00
Cholecystitis	8 (5%)	9 (6%)	0.80 (0.32 – 2.03)	0.80
30-dagen mortaliteit	10 (6%)	5 (4%)	1.81 (0.63 – 5.16)	0.30

Tabel 1. Primaire en secundaire uitkomsten.

DDD SCIENCE 2

Routinematige beeldvorming of symptomatische follow-up na resectie van pancreas carcinoom

Andel PCM*, van Goor IWJM*, Augustinus S, Berrevoet F, Besselink MG, Bhojwani R, Boggi U, Bouwense SAW, Cirkel GA, van Dam JL, Djanani A, Dorcaratto D, Dreyer S, den Dulk M, Frigerio I, Ghorbani P, Goetz MR, Groot Koerkamp B, Gryspeerdt F, Hidalgo Salinas C, Intven M, Izbicki JR, Jorba Martin R, Kauffmann EF, Klug R, Liem MSL, Luyer MDP, Maglione M, Martin-Perez E, Meerdink M, de Meijer VE, Nieuwenhuijs VB, Nikov A, Nunes V, Pando E, Radenkovic D, Roeyen G, Sanchez-Bueno F, Serrablo A, Sparrelid E, Tepetes K, Thakkar RG, Tzimas GN, Verdonk RC, Ten Winkel M, Zerbi A, Groot VP, Molenaar IQ#, Daamen LA#, van Santvoort HC#; European-African Hepato-Pancreato-Biliary Association. *Routine Imaging or Symptomatic Follow-Up After*

Resection of Pancreatic Adenocarcinoma. JAMA Surg. 2025 Jan 1;160(1):74-84. doi: 10.1001/jamasurg.2024.5024. Erratum in: JAMA Surg. 2025 Jan 1;160(1):115. doi: 10.1001/jamasurg.2024.6210. PMID: 39504033; PMCID: PMC11541741.

* Gedeeld eerste auteurschap

Gedeeld laatste auteurschap

Nederlandse samenvatting door:

drs. Paul C.M. Andel, PhD kandidaat, Regionaal Academisch Kankercentrum Utrecht, St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein en UMC Utrecht.



Onder supervisie van prof. I. Quintus Molenaar, dr. Lois A. Daamen en prof Hjalmar C. van Santvoort, Regionaal Academisch Kankercentrum Utrecht, St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein en UMC Utrecht.

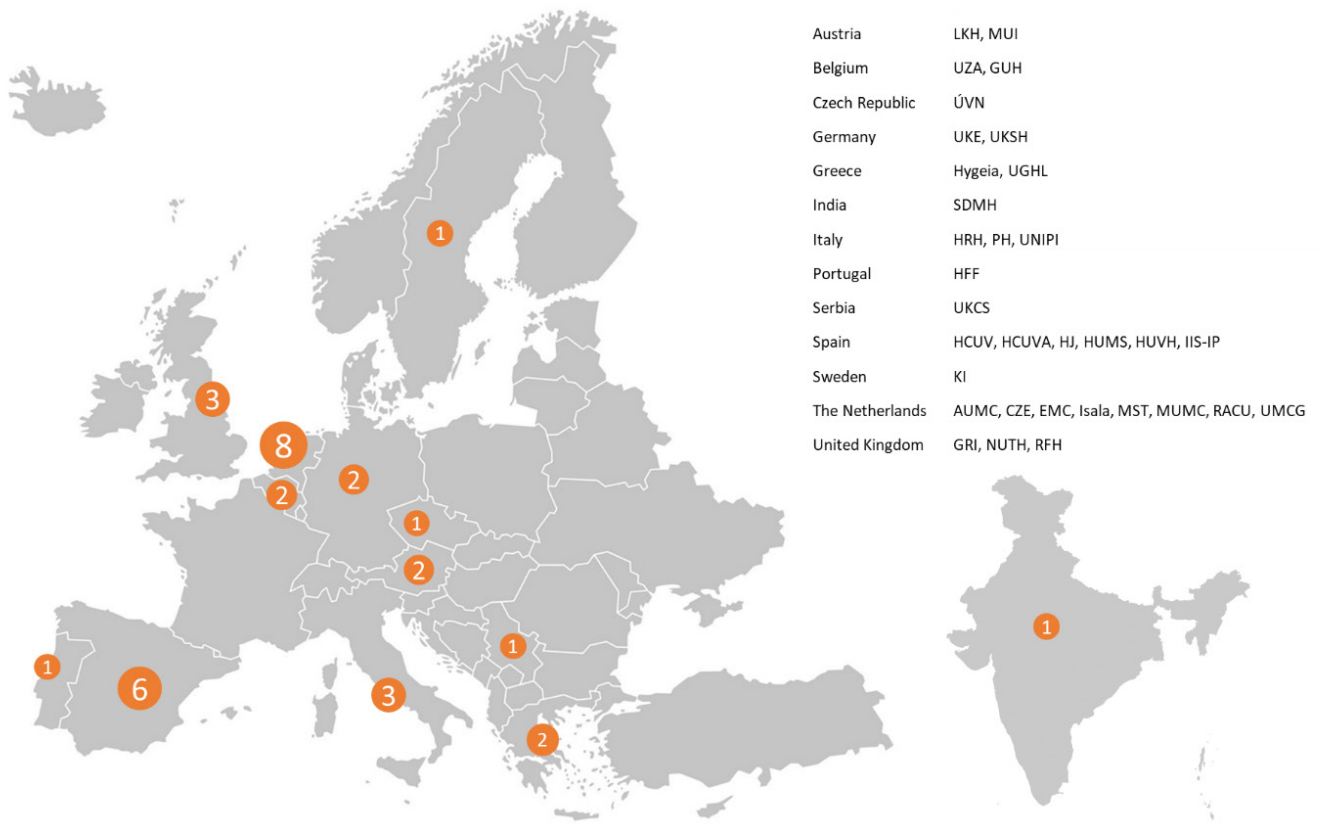
Achtergrond

Pancreas ductaal adenocarcinoom (PDAC) is een van de meest voorkomende oorzaken van kankergerelateerde sterfte wereldwijd. Slechts 20% van de patiënten komt in aanmerking voor een resectie, hetgeen in combinatie met systemische behandeling de best mogelijke behandeling vormt. Zelfs met deze behandeling ontwikkelen bijna alle patiënten binnen enkele jaren recidief. Van oudsher wordt dit recidief vaak niet behandeld omdat het nut daarvan niet is bewezen. Uit recente onderzoeken blijkt echter dat dit mogelijk wel zinvol is, zeker wanneer het recidief in een vroeg, asymptomatisch stadium wordt opgespoord. Het blijft ter discussie of routinematige beeldvorming bijdraagt aan het eerder diagnosticeren van recidief en of dit leidt tot het frequenter kunnen geven van recidiefbehandeling met als gevolg een betere overleving. Het doel van deze studie was om klinische uitkomsten, waaronder recidiefhandeling

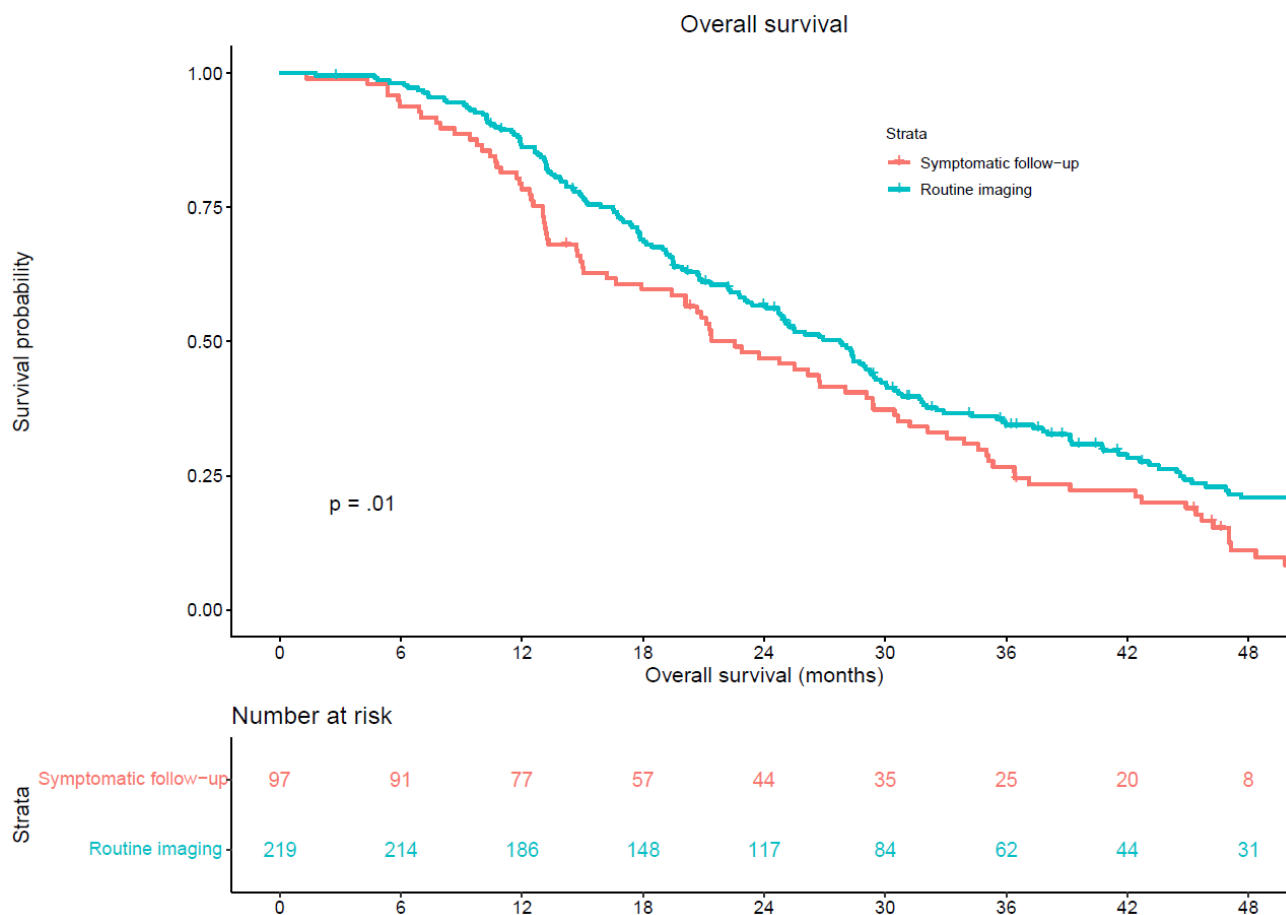
en overleving, te vergelijken tussen patiënten met PDAC-recidief na een symptomatische follow-up en routinematige beeldvorming na pancreas resectie in een European-African Hepato-Pancreato-Biliary Association (E-AHPBA) centrum.

Methoden

Patiënten die een pancreas resectie ondergingen en bij wie tussen 2020 en 2021 een PDAC-recidief werd vastgesteld, werden geïncludeerd in deze internationale prospectieve cross-sectionele studie in 33 centra in 13 landen (Figuur 1). Patiënten werden gestratificeerd op basis van hun post-operatieve follow-up strategie: symptomatische follow-up (zonder routinematige beeldvorming) of routinematige beeldvorming. Routinematige beeldvorming werd gedefinieerd als geplande beeldvorming (zoals CT, PET-CT of MRI) met een bepaalde vaste frequentie. De belangrijkste uitkomstmaten waren overall survival (OS) en de toediening van recidiefbehandeling. Secundair werd naar andere survivaluitkomsten en recidiefkenmerken gekeken. Beide groepen werden vergeleken met behulp van univariate analyses en multivariabele analyses om te corrigeren voor mogelijke confounders.



Figuur 1. Kaart met deelnemende landen en E-AHPBA centra.



Figuur 2. Kaplan-Meier curve voor patiënten met PDAC-recidief die symptomatische follow-up versus routinematige beeldvorming kregen na PDAC-resectie.

Resultaten

In totaal werden 333 patiënten met PDAC-recidief geïncludeerd. Van deze patiënten kreeg 29% symptomatische follow-up en 71% routinematige beeldvorming. Patiënten met een symptomatische follow-up kregen minder vaak neoadjuvante behandeling (26% vs. 39%, $P=0.02$) en adjuvante behandeling (56% vs. 66%, $P=0.09$) en hadden minder vaak een R0-resectie (34% vs. 55%, $P<0.001$). De mediane OS was 23 maanden in de symptomatische follow-up groep versus 28 maanden in de routinematige beeldvorming groep (adjusted HR 0.75, 95%CI 0.56-0.99, $P=0.04$) (Figuur 2). Routinematige beeldvorming was onafhankelijk geassocieerd met een hogere kans op het ontvangen van recidiefbehandeling (74% vs. 48%, adjusted OR 2.57, 95%CI 1.22-5.41, $P=0.01$). Bovendien werd PDAC-recidief in patiënten met routinematige beeldvorming vaker in een asymptomatisch stadium gedetecteerd (65% vs. 15%, $P<0.001$) en was het recidief bij hen minder vaak op meerdere plekken tegelijk verspreid (34% vs. 46%, $P=0.04$).

Conclusie en implicaties voor de toekomst

In deze studie was routinematige beeldvorming in de follow-up na PDAC-resectie onafhankelijk geassocieerd met een grotere kans op recidiefbehandeling en een verbeterde overleving. Deze bevindingen ondersteunen het gebruik van routinematige beeldvorming na PDAC-resectie en roepen op tot verdere studies om zo optimale follow-up protocollen na PDAC-resectie te ontwikkelen. Het is hierbij van belang om een balans te vinden tussen de voordelen van vroege detectie van recidief en de mogelijke nadelen zoals psychologische stress, kosten en de belasting van routinematige diagnostiek. De gerandomiseerde RADAR-PANC trial (<https://dpcg.nl/studie/radar-panc/>) zal definitieve uitkomsten bieden omtrent dit onderwerp, waardoor follow-up strategieën na PDAC-resectie kunnen worden verfijnd en de zorg voor PDAC-patiënten kan worden geoptimaliseerd.

Lange termijn uitkomsten ESCAPE trial: betere uitkomsten bij chirurgie dan endoscopie bij patiënten met symptomatische chronische pancreatitis

Charlotte L van Veldhuisen, Marinus A Kempeneers, Florence E M de Rijk, Stefan A Bouwense, Marco J Bruno, Paul Fockens, Jan W Poley, Usama Ahmed Ali, Thomas L Bollen, Olivier R Busch, Peter van Duijvendijk, Hendrik M van Dullemen, Casper H van Eijck, Harry Van Goor, Muhanned Hadithi, Jan-Willem Haveman, Yolande Keulemans, Vincent B Nieuwenhuijs, Alexander C Poen, Rogier P Voermans, Adriaan C Tan, Willem Thijs, Robert C Verdonk, Ben J Witteman, Jeanin E van Hooft, Hjalmar C van Santvoort, Marcel G Dijkgraaf, Marc G Besselink, Marja A Boermeester, Yama Issa, Dutch Pancreatitis Study Group. Long-Term Outcomes of Early Surgery vs Endoscopy First in Chronic Pancreatitis: Follow-Up Analysis of the ESCAPE Randomized Clinical Trial. *JAMA Surgery*. 2024 Nov 20:e245182. doi: 10.1001/jamasurg.2024.5182.

Nederlandse samenvatting door: Drs. Charlotte van Veldhuisen, aios chirurgie, regio Amsterdam OLVG, dr. Yama Issa, chirurg LUMC, dr. M.G. Besselink, chirurg, Amsterdam UMC en dr. M.A. Boermeester, chirurg, Amsterdam UMC

Relevantie

Patiënten met symptomatische chronische pancreatitis (CP) en een gedilateerde ductus pancreaticus kunnen worden behandeld met vroege chirurgie of endoscopie. Het doel van dit onderzoek was om de lange termijn uitkomsten van deze

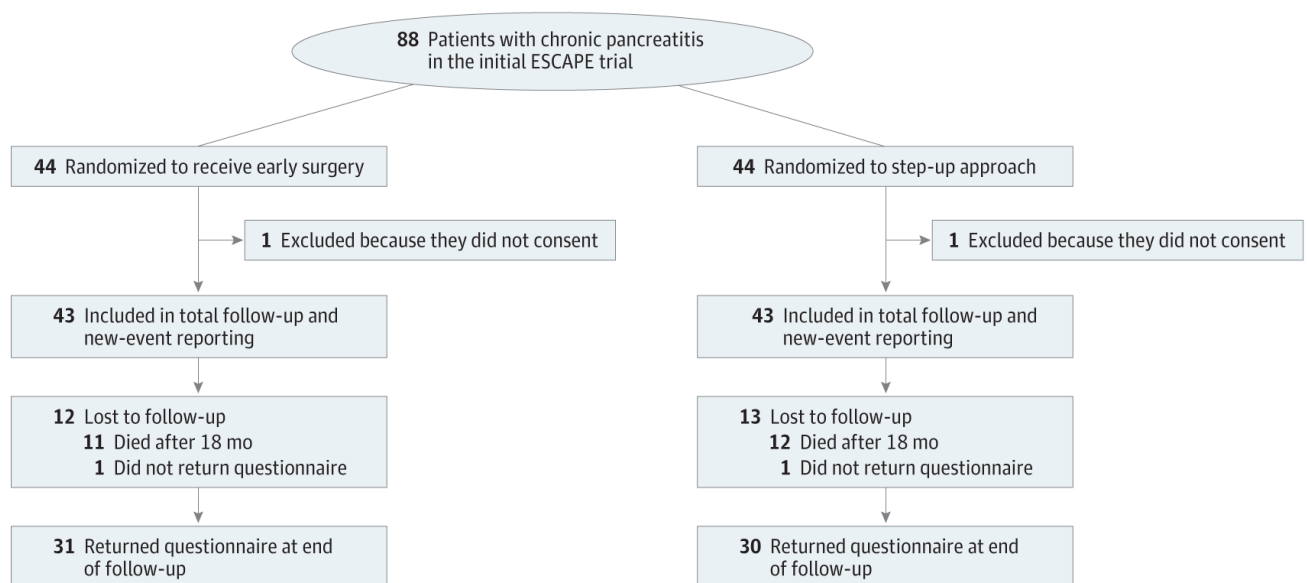
behandelingen te vergelijken binnen de gerandomiseerde ESCAPE trial van de Pancreatitis Werkgroep Nederland. [1, 2]

Studie design en participanten

In de periode 2011-2018 zijn 88 patiënten met een symptomatische chronische pancreatitis en gedilateerde ductus pancreaticus gerandomiseerd tussen vroege chirurgie of endoscopie in 30 Nederlandse ziekenhuizen. Voor de huidige studie werd de lange termijn data verzameld. Het primaire eindpunt voor de studie was pijn, volgens de Izbicki pijnscore. Tot de secundaire eindpunten behoorden complete pijnverlichting en patiënttevredenheid over de behandeling. Vooraf gedefinieerde subgroepen waren patiënten die na de endoscopische behandeling uiteindelijk chirurgie nodig hadden, en patiënten waarbij endoscopische "ductal clearance" was behaald. Analyses werden uitgevoerd volgens het intention-to-treat principe.

Bevindingen

In dit cohort konden 86 van de initiële 88 patiënten worden geëvalueerd, met een gemiddelde follow-up van 98 (± 16) maanden. Van de 88 patiënten waren 21 patiënten vrouw (24%), met een gemiddelde leeftijd van 61 (± 10) jaar. Aan het einde van deze lange-termijn follow-up was de Izbicki pijnscore significant lager in de vroege chirurgie groep (33 [31]



Figuur 1. Studie flow-chart.

Table 1. Primary and Secondary End Points at Final Follow-Up

Outcome	Patients at end of long-term follow-up, No. (%)		P value
	Early surgery (n = 31)	Endoscopy-first approach (n = 30)	
Primary end point			
Izbicki pain score at end of follow up, mean (SD)	33 (31)	51 (31)	.03
Secondary end points			
Complete pain relief	14 (45)	6 (20)	.04
VAS score pain, mean (SD)	29 (29)	47 (31)	.02
SF-36 Quality of Life score, mean (SD)			
Physical health scale	45 (12)	42 (12)	.39
Mental health scale	42 (7)	42 (8)	.75
Pancreatic function			
Exocrine insufficiency ^a	25 (81)	26 (87)	.53
Endocrine insufficiency ^b	20 (64)	19 (63)	.92
Smoker			
Current	24 (77)	16 (53)	.05
Past	7 (23)	14 (47)	
Never	0	0	
Alcohol consumption			
Current	9 (29)	5 (17)	.15
Past	21 (68)	20 (67)	
Never	1 (3)	5 (17)	
Satisfaction result			
Very satisfied	22 (71)	10 (33)	.003
Partly satisfied	8 (26)	16 (53)	
Not satisfied	1 (3) ^c	4 (13)	
Would recommend treatment to family or friend	27 (87)	14 (47)	<.001

Abbreviations: SF-36, Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form General Health Survey; VAS, visual analogue scale.

^a Exocrine pancreatic function was assessed by the fecal elastase-1 function test, and a level less than 200 µg/g was defined as exocrine insufficient.

^b Endocrine insufficiency was determined by the use of diabetes medication.

^c Of all patients who underwent surgery.

Tabel 1. Primaire en secundaire eindpunten na follow-up.

vs 51 [31]; $p=0.03$), en de patiënt-gerapporteerde complete pijnverlichting was hoger vergeleken met de endoscopie groep (14 van de 31 patiënten [45%] vs. 6 van de 30 patiënten [20%], respectievelijk; $p=0.04$). Na de initiële 18-maanden follow-up, ondergingen 11 van de 43 patiënten in de vroege chirurgie groep (26%) een re-interventie, vergeleken met 19 van de 43 patiënten in de endoscopie groep (44%). Aan het einde van de follow-up waren meer patiënten in de vroege chirurgie groep "erg tevreden" met hun behandeling (22 van de 31 patiënten [71%] versus 10 van de 30 patiënten [33%]; $p=0.03$).

Patiënten in de endoscopie groep die uiteindelijk toch chirurgie ondergingen (22 van de 43 patiënten, [51%]) eindigden met hogere Izbicki pijn scores (33 [31] vs. 52 [24]; $p=0.03$) vergeleken met de vroege chirurgie groep en werd er vrijwel geen complete pijnverlichting na endoscopie gezien, namelijk 12% bij chirurgie na initiële endoscopie (vs 55% in de vroege chirurgie). Verassend genoeg hadden patiënten in de endoscopie groep waarbij endoscopisch "ductal clearance"

was bereikt geen voordeel in Izbicki pijnscores in vergelijking met patiënten waarbij dit niet bereikt was (49 [34] vs 53 [28]; $p=0.69$).

Conclusie en implicaties voor de toekomst

De lange termijn (8-jaar follow-up) uitkomsten van de ESCAPE trial bevestigen dat vroege chirurgie superieur is aan endoscopische behandeling van patiënten met symptomatische chronische pancreatitis en een gedilateerde ductus pancreaticus, met betrekking tot pijnscores en patiënttevredenheid. Daarnaast werden slechtere klinische uitkomsten gezien bij patiënten in de endoscopie groep die uiteindelijk toch chirurgie ondergingen (in vergelijking tot direct chirurgie). Het behalen van endoscopische "ductal clearance" leidt niet tot betere uitkomsten.

Nieuw onderzoek

De Pancreatitis Werkgroep Nederland is recent gestart met de gerandomiseerde PANACOTTA trial die beoogt aan te



tonen dat robot-geassisteerde vs open laterale pancreatico-jejunosomie bij patiënten met symptomatische chronische pancreatitis het postoperatief herstel kan bespoedigen door betere postoperatieve pijncontrole.

Er wordt ook gewerkt aan een vervolg op de ESCAPE trial omdat de technieken voor endoscopie bij chronische pancreatitis in de afgelopen jaren zijn verbeterd. Daarnaast worden in de huidige praktijk nog steeds patiënten met ogenschijnlijk eenvoudig endoscopisch te behandelen (enkelzijdige, rechtszijdige, intraductale) stenen verwezen voor endoscopie. Om die reden wordt gewerkt aan een gerandomiseerde trial specifiek voor deze categorie patiënten waarbij chirurgie met endoscopie wordt vergeleken.



Referenties

1. Ahmed Ali, U., et al., Early surgery versus optimal current step-up practice for chronic pancreatitis (ESCAPE): design and rationale of a randomized trial. *BMC Gastroenterol*, 2013. 13: p. 49.
2. Issa, Y., et al., Effect of Early Surgery vs Endoscopy-First Approach on Pain in Patients With Chronic Pancreatitis: The ESCAPE Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 2020. 323(3): p. 237-247.

LANDELIJKE WERKGROEP

Landelijke werkgroep Endoscopische Bariatrie

In 2016 werd de landelijke werkgroep Endoscopische Bariatrie opgericht met als doel expertise te delen over de aanpak van complicaties voortkomend uit bariatrisch-chirurgische ingrepen (MAGMA 4-2016). In dit kader werd onder andere een verwijkskaart gepubliceerd (MAGMA 2-2017, update MAGMA 4-2022), vindt er uitwisseling plaats van tips and tricks, en werd al drie keer een goed bezocht mini symposium georganiseerd tijdens de DDD. Naast het behandelen van complicaties worden ook de eerste stappen gezet op het gebied van endoscopische therapie voor het behandelen van metabool syndroom, zoals duodenum ablatie, POSE (Primary Obesity Surgery Endoscopic), ESG (Endoscopic Sleeve Gastroplasty) en ook RECT (Endoscopic Recellularization via Electroporation Therapy) (1,2,3).

Onze werkgroep heeft de intentie op een laagdrempelige wijze de beschikbare endoscopische kennis te verspreiden, in aansluiting op de medicamenteuze en chirurgische aanpak van overgewicht en metabool syndroom. Op termijn zien wij ons uitgroeien tot een zelfstandige multidisciplinaire sectie binnen de NVGE, waar we klinische ervaring en wetenschappelijke data kunnen uitwisselen. Voor nu is onze kleine maar enthousiaste expertise groep laagdrempelig voor overleg te bereiken op persoonlijke titel. Ook is er voor geïnteresseerden een Doctolib Siilo chat groep gecreëerd. U kunt hier casuïstiek, vragen en dilemma's kwijt voor uitwisseling en

consultatie. Verder staat de werkgroep open voor collega's uit alle bariatrie-geaffilieerde centra die zich willen aansluiten.

Huidige leden werkgroep

Parweez Koehestanie (Bravis ziekenhuis), Marcel Groenen (Rijnstate ziekenhuis), Sjoerd Kuiken (OLVG), Peter Oosterwijk (ZGT), David Hirsch (Rijnstate ziekenhuis), Marije Appels (Rode kruis ziekenhuis), Thomas Boerlage (Groene Hart ziekenhuis), Lennard Gilissen (Catharina ziekenhuis)

Referenties:

1. Shelpy et al. Endoscopic Bariatric and Metabolic Therapies: New and Emerging Technologies: *Gastroenterology* 2017;152:1791–1801
2. Abu Dayyeh et al. Endoscopic sleeve gastroplasty for treatment of class 1 and 2 obesity (MERIT): a prospective, multicentre, randomised trial: *Lancet* P441-451, AUGUST 06, 2022
3. Abu Dayyeh B, et al. Endoscopic re-cellularization via electroporation therapy (ReCET) for improving glycemic control in individuals with type 2 diabetes — Interim report of prospective feasibility trial. Presentation at: American Society for Metabolic and Bariatric Surgery Annual Meeting; 2023; Las Vegas.

Bijdrage MDL Fonds

Maag Lever Darm Stichting krijgt nieuwe naam: MDL Fonds

De Maag Lever Darm Stichting (MLDS) zal vanaf 2025 verder gaan onder de nieuwe naam MDL Fonds. Een korte, krachtige naam die beter aansluit bij de naam en het werk van de MDL-artsen. Dat is vaak de plek waar mensen voor het eerst in aanraking komen met MDL-ziektes.

Afhankelijk van giften en donaties

Mariël Croon, directeur van het MDL Fonds: "De volgorde in de huidige naam gaf regelmatig aanleiding tot verwarring. Bovendien maakt die nieuwe naam duidelijk dat we een fondsenwervende organisatie zijn die afhankelijk is van donaties".

Uitsluitend met hulp van die donaties en giften kan het MDL Fonds haar werk doen. Een belangrijke pijler daarvan is MDL-ziektes voorkomen door wetenschappelijk onderzoek. Zo investeert het MDL Fonds dit jaar zo'n 2 miljoen euro in wetenschappelijk onderzoek naar onder meer leveraandoeningen, alvleesklierkanker, slokdarmkanker, darmkanker, ontstekingsziekten van de darm en darmaandoeningen bij kinderen.



MDL-artsen enthousiast over naamswijziging

De Nederlandse Vereniging van MDL-artsen is blij met de nieuwe naam MDL Fonds. Voorzitter dr. Manon Spaander: "Goed dat de naam nu aansluit bij het vakgebied van de MDL-aandoeningen. Dat omvat zo'n 200 verschillende aandoeningen en miljoenen patiënten die er aan lijden. We hopen samen met het MDL Fonds nog meer geld beschikbaar te krijgen voor onderzoek naar MDL-aandoeningen".

Betere kwaliteit van leven

Van levensbedreigend tot levenslang, een op de vier Nederlanders leeft met een ziekte of klachten aan hun maag, darmen, lever, galblaas of alvleesklier. Het MDL Fonds is er voor hen en werkt aan een betere kwaliteit van leven voor patiënten en aan het voorgoed voorkomen en genezen van deze ziekten in Nederland.

Aart Zeeman, persvoorlichter

Proefschriftsponsoring 2025

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 2025 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

Z. Zhou, 8 januari 2025, Leiden

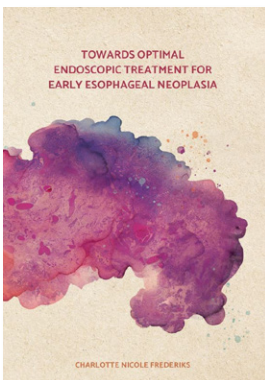
Inflammatory and metabolic features of stromal cell subtypes in inflammatory bowel disease

T. Kuipers, 14 januari 2025, Amsterdam

When the esophageal sphincter fails: new treatment strategies on achalasia and GERD

C.N. Frederiks, 16 januari 2025, Utrecht

Towards optimal endoscopic treatment for early esophageal neoplasia



Proefschrift C.N. Frederiks.

