



Oratie Prof. dr. K.H.N. de Boer

VOORWOORD



Robotchirurgie binnen de GE-chirurgie is in relatief korte tijd uitgegroeid van technologische belofte tot dagelijkse praktijk. Robotische systemen bieden verbeterde visualisatie, verfijnde instrumentcontrole, AI-toepassingen en ergonomische voordelen, maar roepen tegelijk belangrijke vragen op: hoe verhouden kosten zich tot uitkomsten? Hoe duurzaam zijn deze systemen? En hoe zorgen we dat innovatie daadwerkelijk leidt tot aantoonbaar betere patiëntenzorg? Tijdens DDD 2026 staan deze vragen centraal in de keynote lecture over de ontwikkelingen in robotchirurgie bij MDL-ziekten, verzorgd door professor Ivo Broeders, chirurg in het Meander Medisch Centrum. Als pionier op dit terrein neemt hij ons mee in de huidige stand van zaken en in de strategische keuzes die voor ons liggen. Niet alleen de techniek staat centraal, maar vooral de vraag hoe we deze innovatie verantwoord, doelmatig en duurzaam implementeren.

Ook de DDD is in ontwikkeling. De uitslag van de onlangs gehouden enquête onder de leden zal tijdens de ledenvergadering worden besproken. Wij kijken uit naar de President Select presentaties en de laudatio van Paul Fockens, die tijdens deze sessie tot erelid van onze vereniging wordt benoemd. We zullen stilstaan bij zijn indrukwekkende loopbaan en zijn betekenis voor de NVGE. Ook op donderdag zijn er veel interessante symposia verzorgd door onder andere de V&VN MDL, deze dag ook de klinische en basale battles van de NVH. Tijdens de sessie Top Abstracts worden de Gastrostartsubsidies uitgereikt, krijgt de winnaar van de Gastrointestinale Proefschriftprijs het podium en wordt de tweejaarlijks terugkerende Inspiratorprijs uitgereikt aan een bijzonder lid.

Voor de komende DDD zijn alle chirurgische werkgroepen gevraagd een mini-symposium te organiseren, hierop is zeer enthousiast op gereageerd. Door de symposia te bundelen voorkomen we versnippering gedurende het jaar.

Lees verder op pagina 4

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:

Foto: Prof. dr. K.H.N. de Boer
Door: Marc van den Brink
Photography

ISSN: 2543-3075

INHOUD

Congresagenda	4
Nieuws: Oratie	5
Vooruitblik DDD maart 2026	6
DDD Science 1 en 2	10
Programmaoverzicht DDD	16
DDD Science 3	18
Research pitch	21
De Gouden Research Vraag	23
Nieuw: Studie in de spotlight	25
MDL Fonds	26
Proefschriftsponsoring	31

CONGRESAGENDA 2026

17 maart 2026

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

18 en 19 maart 2026

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

12 mei 2026

Casuïstische conferentie

23 - 26 juni 20226

Dutch Liver Week 2026
Locatie: Crowne Plaza, Utrecht
Inlichtingen: Secretariaat NVH
Tel.: 023 - 551 3016
E-mail: congres@nvh.nl

8 september 2026

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

9 en 10 september 2026

Digestive Disease Days Najaar
Locatie: Conference Center
NH Koningshof, 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

Vervolg voorwoord

Zoals u leest beloven de komende DDD weer twee zeer succesvolle dagen te worden met veel prachtige symposia, abstracts, posters en prijzen. Wij hopen u tijdens DDD 2026 te ontmoeten!

Als laatste nog uw aandacht voor de Gastrostart Vervolgsubsidie, aanvragen kunnen worden ingediend tot 1 mei a.s. Zie tevens verderop in deze uitgave.

Ik wens u veel leesplezier en tot binnenkort in Veldhoven.

Namens het bestuur,

Helma van Grevenstein

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. A.C. (Annemarie) de Vries, *namens Sectie Inflamatoire 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.J.A.C. (Luuk) Hawinkels, *namens Sectie Experimentele Gastroenterologie*

Dr. R.P. (Rogier) Voermans, *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. I.J.M. (Iris) Levink, *redactie DDD-news*

E.H. (Elyke) Visser, *namens PhD netwerk*

Oratie Prof. Dr. K.H.N. de Boer

Amazing drug discoveries: het onderste uit de kan

*Oratie Prof. Dr. K.H.N. de Boer (9 januari 2026)
Vrije Universiteit Amsterdam & Amsterdam UMC*

Eigenlijk geldt nog steeds het aloude adagium, dat slechts 1 op de 3 IBD patiënten baat heeft bij de medicamenteuze behandeling op de langere termijn. Er zijn de afgelopen jaren duidelijk stappen gezet in de veiligheid van nieuwe IBD medicijnen, maar de effectiviteit is helaas niet heel veel beter geworden. Dit terwijl de kosten van de nieuwe middelen wel heel hoog zijn. Kort door de bocht: te duur en te weinig effectief.

De huidige rationale van medicijnontwikkeling rust primair op het inflammatoire proces. De steeds verdere ontrafeling van de onderliggende pathofysiologie van IBD komt met een continue stroom van nieuwe potentiële drug-targets. Dat lijkt een logische en commercieel ook succesvolle route voor medicijnontwikkeling. Maar heeft ons niet naar de gewenste bestemming gebracht. De ziekte is vooralsnog te complex en verschilt te veel van patiënt tot patiënt. Of zoals Professor Tytgat ooit zei: “Het onderzoek naar nieuwe behandelingen van IBD stelt me teleur, de manier van denken is constant hetzelfde, daar komen we niet verder mee. We moeten andere paden bewandelen”.

Op het kruispunt van de ontwikkeling van IBD medicijnen en kostenbeheersing staat drug rediscovery. Het herontdekken van bestaande medicijnen voor nieuwe indicaties kun je zien als een snelweg naar nieuwe medicijnen tegen lage ontwikkelkosten. We hebben al jaren ervaring met deze vaak oude middelen, waardoor de kans op onverwachte tegenslagen veel kleiner is. In Nederland hebben we dit succesvol gedaan voor het medicijn thioguanine. Maar er zijn veel meer kansrijke kandidaat medicijnen te noemen op basis van wetenschappelijk onderzoek. Kijk naar statines (8-26 eurocent per dag) of metformine (9-24 eurocent per dag). Maar ook de GLP1-receptoragonist Ozempic® is interessant. Zodra het patent verloopt, ontstaat er een uitgelezen kans om dit medicijn te onderzoeken voor IBD-behandeling waarbij het mes mogelijk aan 2 kanten snijdt: gewichtsreductie én inflammatie-demping.



Prof. Dr. K.H.N. de Boer.

Het beheersbaar maken van zorgkosten vormen een rode draad in mijn onderzoek. En dat gaat verder dan geld, want ook het milieu betaalt een hoge prijs voor het in stand houden van ons huidige zorgsysteem. De zorgsector is een enorme vervuiler en medicijnen spelen daarin een belangrijke rol in. Elk jaar wordt voor minimaal 100 miljoen euro aan ongebruikte medicatie vernietigd – en dat zijn alleen de medicijnen die daadwerkelijk bij de apotheek worden ingeleverd. De schatting is dat meer dan de helft van de Nederlanders dit verzaakt en de medicijnen gewoon in de prullenbak gooit. Of erger nog: door het toilet spoelt. Dit heeft niet alleen een enorme milieu-impact, maar leidt ook tot onnodige extra kosten. Heruitgifte van de door de patiënt niet-gebruikte medicijnen ligt voor de hand als oplossing. Voor de IBD-biologicals is dit te complex, omdat er sprake is van strenge bewaareisen. Maar de kostbare JAK-remmers en S1P-modulatoren in tabletvorm zijn veel stabiel. Dit biedt kansen, er is werk aan de winkel.

Om IBD-patiënten nu en in de toekomst betaalbare en goede zorg te leveren, moeten we het huidige systeem bevragen en uitdagen. Niet de makkelijke weg kiezen, maar juist tegen de stroom in zwemmen. Alleen zo maken we de zorg voor IBD-patiënten duurzaam, doelmatig en toekomstbestendig. Het onderste uit de kan halen – op elk front.

GASTROSTART VERVOLGSUBSIDIE

Gastrostart vervolgsubsidie, deadline 1 mei a.s.

De Gastrostart vervolgsubsidie is een subsidie die wordt uitgereikt aan een onderzoek dat het vervolg is op een eerder gehonoreerde Gastrostart subsidie, en is bedoeld om kansrijke onderzoeks ideeën te initiëren en om te zetten in een daadwerkelijk onderzoek. Het maximale subsidiebedrag is € 80.000,- en wordt 1 keer per 2 jaar uitgereikt.

Welke aanvragen komen in aanmerking

- Aanvraag vloeit voort uit een eerder gehonoreerde Gastrostart subsidie. De aanvrager is dus NVGE- of NVH-lid.

- De Gastrostart subsidie is max. 3 jaar voor deadline van indiening van de vervolgsubsidie gehonoreerd.
- De Gastrostart subsidie heeft bij voorkeur geleid tot wetenschappelijke output en is bij voorkeur eerder ingediend als abstract bij de NVGE.

Alle aanvragen worden beoordeeld door de Gastrostart commissie. Selectie gebeurt op basis van de CV van de onderzoeker, kwaliteit, innovatief karakter en wetenschappelijke impact van het onderzoek. Meer informatie vindt u op onze website.

Voor vragen omtrent deze subsidies neemt u contact op via gastrostart@nvge.nl.

VOORUITBLIK DDD 18 EN 19 MAART 2026

Symposium IBD/Voeding/Kinder-MDL

Woensdag 18 maart, 09.30-10.45, Brabantzaal

De werkgroepen IBD, Voeding en kindergeneeskunde hebben gezamenlijk een gevarieerd programma samengesteld, dat de relatie tussen voeding en IBD vanuit verschillende invalshoeken belicht. Nicolette Wierdsma zal als eerste onder andere ingaan op het wetenschappelijke bewijs en de inhoud van het CDIED dieet in de behandeling van de ziekte van Crohn. Helaas leidt IBD soms ook tot darmfalen. Yannick Wouters zal spreken over de prevalentie en pathogenese daarvan in relatie tot IBD, en ook de behandeling

van darmfalen bespreken. Tot slot zal collega Sabino, uit Leuven de prevalentie, pathogenese en behandeling van sarcopenie in relatie tot IBD bespreken, een betrekkelijk vaak voorkomende aandoening bij IBD patiënten, ook bij diegenen met een normaal gewicht. Vaak gaat dit ook samen met vermoeidheid, een verminderde kwaliteit van leven en meer complicaties bij chirurgie.

Dr. I.A.M. Gisbertz, MDL-arts, Bernhoven ziekenhuis

Symposium Werkgroep Bariatrie

Woensdag 18 maart, 14.30-16.00, Brabantzaal

Obesitaszorg is volop in beweging en vraagt om een brede, multidisciplinaire blik. Tijdens dit symposium staan de nieuwste ontwikkelingen in de behandeling van obesitas centraal. We belichten zowel de snelgroeijende rol van GLP-1-therapie als de plaats van endoscopische bariatrie. Daarnaast is er nadrukkelijk aandacht voor complicaties en klachten na bariatrische chirurgie, waar MDL-artsen in de dagelijkse praktijk steeds vaker mee te maken krijgen.

Door kennis te delen over indicaties, technieken en valkuilen, willen we handvatten bieden voor optimale patiëntenzorg. Dit symposium biedt een actueel en praktisch overzicht van het veld in ontwikkeling.

Een update voor elke MDL-arts relevant kan zijn.

Dr. P. Koehestanie, MDL-arts, Bravis Ziekenhuis

Symposium Nederlandse Vereniging voor Hepatologie en NVGIC

Peri-operatief management van de patiënt met gevorderde leverziekte

Woensdag 18 maart, 15.00-16.00, Baroniezaal

Abdominale chirurgie bij patiënten met cirrose is geassocieerd met een sterk verhoogd risico op complicaties en overlijden. Tijdens dit symposium onderzoeken we samen met toonaangevende experts uit het land hoe we de uitkomsten voor deze complexe patiëntenpopulatie kunnen optimaliseren. We zullen stilstaan bij de volgende thema's die uitermate relevant zijn voor de klinische praktijk: Hoe schat je het perioperatieve risico goed in, en wat is de rol van TIPSS?

Wat adviseer je als MDL-arts ten aanzien van stollingscorrectie, empirisch antibiotica, ascitesdrainage en vocht- en voedingsbeleid? En wat zijn de bepalende aspecten voor het chirurgische plan? We hopen velen van u te zien in de Baroniezaal op woensdag 18 maart om 15:00 uur!

Dr. M.J. Sonneveld, MDL-arts, Erasmus MC, Rotterdam

Symposia NVGIC

Woensdag 18 maart, 14.30-18.00, Auditorium

De NVGIC heeft ervoor gekozen om de NVGIC- werkgroepen hun jaarlijkse bijeenkomst naar de DDD te kunnen laten verplaatsen. Deze duurzame koers moet ervoor gaan zorgen dat steeds meer GE- chirurgen deze dag als dé GE-dag van het jaar gaan zien. Deze editie wordt een symposium verzorgd door de werkgroepen DHS (Dutch Hernia Society) over het 'Rebound-mesh debacle', de Pancreatitis werkgroep Nederland, de werkgroep ZUUR m.b.t. refluxziekte, en de werkgroep ICC-S – Crohn & Colitis werkgroep Nederland, welke een 'ECCO wrap-up' zullen verzorgen.

De dag begint met een symposium welke de toekomst van de benigne chirurgische operatie-indicaties zal belichten, in het licht van de wens tot registreren (en normeren?). De diverse werkgroepen zullen hun eigen visie hierop met elkaar delen en aansluitend hierover met elkaar in gesprek gaan. Kortom: een gevarieerd, groene, en vooral toekomstgerichte dag!

R.J. de Vos, chirurg, Admiraal de Ruyter Ziekenhuis

Symposium Endoscopie

Therapeutische endoscopische baanbrekende innovaties van de afgelopen 10 jaar – met een Nederlands wetenschapstintje

Donderdag 19 maart, 08.30-09.45, Auditorium

De afgelopen tien jaar heeft de therapeutische endoscopie een enorme ontwikkeling doorgemaakt. Tijdens dit symposium delen toonaangevende Nederlandse MDL-artsen hun inzichten in innovatieve technieken die het vakgebied blijvend hebben veranderd. Van **LAMS binnen therapeutische EUS**, via **10 jaar colorectale eFTR**, tot **vacuumtherapie bij slokdarmlekkages**: waar staan we nu en wat brengt de toekomst?

Een inspirerend en compact ochtendprogramma met aandacht voor wetenschap, klinische toepassing en vooruitblik.

Onmisbaar voor iedere endoscopieprofessional die voorop wil blijven lopen.

Dr. R.P. Voermans, MDL-arts, Amsterdam UMC

NVGE PhD Netwerk sessie

Carrière na je PhD: hoe nu verder?

Donderdag 19 maart, 10.15-12.00, Zaal 80/81

Veel jonge artsen en onderzoekers komen na hun promotie op een kruispunt te staan. Ga je door op de ingeslagen weg, of past er misschien iets anders beter bij jou en je leven nu? Tijdens deze sessie van het NVGE PhD Netwerk nemen Meike Gommers en Hannelore Schijf van DoctorConnect je mee in de verschillende mogelijkheden die er zijn binnen en buiten de kliniek en wetenschap. Er is aandacht voor vitaliteit, duurzame inzetbaarheid en het maken van keuzes die

écht bij je passen. Verwacht praktische inzichten en inspiratie om met een frisse blik naar je toekomst te kijken. Iedereen die weleens stilstaat bij de vraag 'Hoe nu verder?' is van harte welkom, of je nu verpleegkundige, PhD-student, A(N)IOS, of medisch specialist bent.

E.H. (Elyke) Visser, Arts-onderzoeker & voorzitter PhD netwerk

Symposium MDL Fonds

Gerichte zorg bij colorectaal carcinoom: wie screenen, wie vervolgen en wie behandelen?

Donderdag 19 maart, 10.15-11.45, Auditorium

Is het tijd voor verandering?

Deze sessie zoomt in op hoe de zorg bij colorectaal carcinoom slimmer, gericht en persoonlijker kan worden ingericht. Nieuwe inzichten uit screening, genetica en behandeling laten zien dat een one-size-fits-all-benadering niet langer volstaat.

Esther Toes-Zoutendijk (Erasmus MC) bespreekt risicogestuurde screening in het bevolkingsonderzoek. Zij laat zien hoe start- en stopleeftijden beter afgestemd kunnen worden op individueel risico, op basis van geslacht en eerdere testuitslagen, en wat dit betekent voor effectiviteit en kosteneffectiviteit.

Maartje Nielsen (LUMC) gaat in op de recent herziene richtlijn erfelijk colorectaal carcinoom en het Lynch-syndroom. Nieuwe gen-specifieke controleadviezen, waaronder voor MSH6 en PMS2, en inzichten in polyposis en APC-mozaïek-

mutaties hebben directe gevolgen voor surveillance en familiebeleid.

Marie-Christine Bakker (UMC Utrecht) laat zien hoe pathologie, moleculaire diagnostiek en AI bijdragen aan betere risicostratificatie. Zij bespreekt hoe biomarkers en ctDNA kunnen helpen om te bepalen welke patiënten daadwerkelijk baat hebben bij adjuvante chemotherapie en hoe overbehandeling kan worden voorkomen.

Deze sessie biedt een actueel en samenhangend overzicht van de ontwikkelingen die richting geven aan gepersonaliseerde zorg bij colorectaal carcinoom.

Isolde Besseling - van der Vaart, Manager Kennis & Innovatie MDL Fonds

Symposium Endoscopie en Kinder MDL

Certificering en kwaliteitsbewaking in de endoscopie:

Naar een toekomstbestendige praktijk

Donderdag 19 maart, 14.15- 15.15, Baroniezaal

Kwaliteit en certificering zijn bepalend voor de toekomst van de endoscopie.

Tijdens dit symposium staat de praktische invulling van hoe bekwaam te worden en te blijven in technische lastige procedures, van kinder-MDL tot hoogcomplexere therapeutische endoscopie.

Experts delen concrete handvatten voor **intercollegiale toetsing, implementatie en kwaliteitsmonitoring van ESD en therapeutische EUS**. Een onmisbare bijeenkomst voor wie actief wil bijdragen aan een duurzame en hoogwaardige endoscopiepraktijk.

Dr. R.P. Voermans, MDL-arts, Amsterdam UMC

Symposium Crohn & Colitis

Samen vooruit in IBD: Patiëntgerichte keuzes voor morgen

Donderdag 19 maart, 14.15- 15.15, Auditorium

Sluit aan bij een inspirerende bijeenkomst waarin we samen de toekomst van IBD zorg vormgeven.

Voorzitter Menne Scherpenzeel (Crohn & Colitis NL).

Eline Godecharle (MUMC+) neemt je mee in de ontwikkeling van digitale biomarkers voor beter flare management.

Daarna schetst Bas Oldenburg (UMCU) wat de nieuwe surveillance richtlijn betekent in de praktijk voor zorgverleners én voor patiënten.

Tot slot deelt Mirjam Severs (RadboudUMC) de peace studie: 'less is more' bij langdurige remissie?

Een bijeenkomst vol actuele kennis, patiëntgerichte innovaties en toepasbaarheid in de zorgpraktijk.

Mis deze kans niet om samen na te denken over IBD zorg in de toekomst.

Daniëlle van der Horst & Menne Scherpenzeel

Symposium Sectie Oncologie en Voeding

Donderdag 19 maart, 14.15- 15.15, Brabantzaal

Tijdens dit symposium over voeding in de palliatieve zorg staan recente ontwikkelingen en actuele dilemma's centraal. We besteden aandacht aan de nieuwe richtlijnen rondom voedingsinterventies in de palliatieve fase en bespreken hoe deze in de dagelijkse praktijk toegepast kunnen worden. Daarnaast komt de rol van endo-echografische gastro-enterostomieën aan bod als innovatieve, minimaal invasieve

optie bij geselecteerde patiënten. Tot slot gaan we in op de ethische dilemma's rondom totale parenterale voeding (TPV) in de palliatieve fase, waarbij kwaliteit van leven, proportionaliteit van zorg en gezamenlijke besluitvorming een centrale plaats innemen.

Dr. D.S.V.M. Clement, MDL arts, MUMC+ Maastricht

Het risico op post-coloscopie darmkanker bij personen met poliepen ≥ 10 mm zonder andere hoog-risico kenmerken is laag en vergelijkbaar met het risico bij personen zonder poliepen

van Roermund NS, van Leerdam ME, Spaander MCW, Dekker E, IJspeert JEG. Individuals with polyps ≥ 10 mm without other high risk features have a similarly low post-colonoscopy colorectal cancer risk to those with no polyps. *Endoscopy*. 2025 Dec 16. doi: 10.1055/a-2730-6060

Nederlandse samenvatting door: drs. Nanette van Roermund, PhD kandidaat, Amsterdam UMC, prof. Dr. Evelien Dekker, MDL-arts, Amsterdam UMC en dr. Joep IJspeert, MDL-arts, Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis

Achtergrond

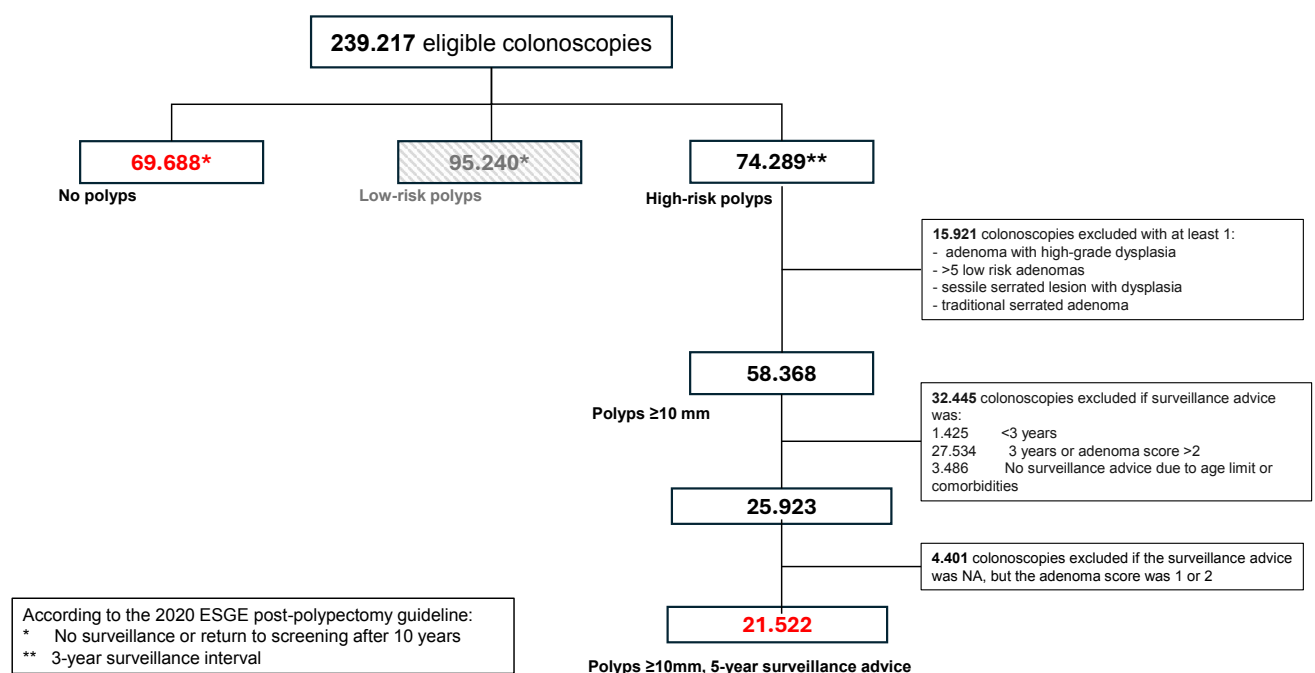
Het doel van coloscopie surveillance is het verlagen van het risico op post-coloscopie colorectaal carcinoom (PC-CRC). Sinds de invoering van het bevolkingsonderzoek (BVO) darmkanker is de vraag naar surveillance coloscopieën sterk toegenomen. Omdat coloscopieën zowel belastend zijn voor het individu als kostbaar zijn voor de maatschappij, is het belangrijk om onnodige procedures te voorkomen. De Europese post-poliepectomie richtlijn (ESGE) (1) classificeert personen als hoog risico bij aanwezigheid van poliepen

≥ 10 mm, serrated poliepen met dysplasie of adenomen met hooggradige dysplasie (HGD). Voor deze hoog-risico groep wordt een strikt coloscopie surveillance-interval van 3 jaar geadviseerd. Het PCCRC-risico bij personen met poliepen ≥ 10 mm zonder andere hoog risicokenmerken is echter nog onvoldoende onderzocht.

Methoden

In deze studie maakten we gebruik van prospectief verzamelde gegevens uit het Nederlandse, op FIT-gebaseerde bevolkingsonderzoek naar darmkanker (2014-2020). Baselinegegevens van coloscopieën werden gekoppeld aan de Nederlandse kankerregistratie database en PALGA. Alleen coloscopieën van voldoende kwaliteit werden geïnccludeerd (coecum bereikt en adequate darmvoorbereiding).

We vergeleken twee groepen: 1) personen zonder poliepen bij baseline coloscopie en 2) personen met een poliep ≥ 10 mm als enige hoog-risicokenmerk, die volgens de destijds geldende Nederlandse richtlijn een surveillance advies van 5-jaar hadden. Personen met aanvullende hoog-risicoken-



Figuur 1. Inclusieproces voor personen met poliepen ≥ 10 mm zonder andere hoog-risico kenmerken.

merken (zoals adenomen met HGD of serrated poliepen met dysplasie) en personen die een surveillance advies van <5 jaar hadden, werden geëxcludeerd.

Als primaire uitkomst onderzochten we het risico op PCCRC binnen 5 jaar, waarbij PCCRC werd gedefinieerd volgens de WEO-definitie (2). Daarnaast onderzochten we de invloed van de adenoom detectie ratio (ADR) van de endoscopist op het PCCRC-risico binnen 5 jaar bij personen met poliepen ≥ 10 mm zonder andere hoog-risico kenmerken. Analyses werden uitgevoerd met cox-regressie met een random effect voor endoscopist, gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.

Bevindingen

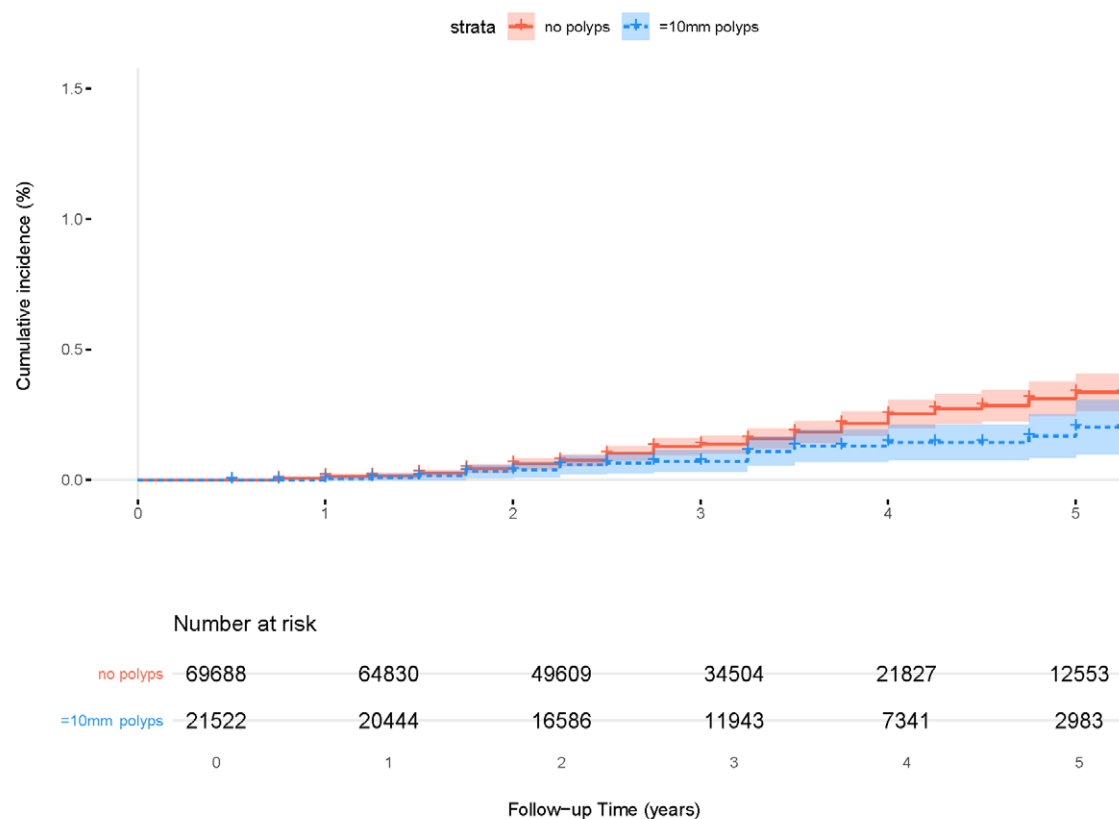
Tussen 2014 en 2020 werden 239.217 coloscopieën van voldoende kwaliteit geïncludeerd. Binnen deze populatie hadden 74.289 personen tenminste één hoog-risico poliep, terwijl bij 69.688 geen poliepen werden gevonden bij de baseline coloscopie.

Van de 74.289 personen met hoog-risico poliepen had 58.368 (78.6%) een poliep ≥ 10 mm als enige hoog-risico ken-

merk, bij 33.815 (46%) betrof dit een poliep van 10-20 mm. Van deze 58.368 personen kregen 21.522 personen een surveillanceadvies van 5 jaar volgens de destijds geldende richtlijn en werden geïncludeerd voor PCCRC-risicoanalyse (Figuur 1).

Binnen 5 jaar werden 21 PCCRC's vastgesteld bij personen met ≥ 10 mm poliepen en 108 bij personen zonder poliepen. Het PCCRC-risico was niet verhoogd voor personen met ≥ 10 mm poliepen zonder andere hoog-risico kenmerken vergeleken met personen zonder poliepen (HR 0.67 95%BI 0.42-1.07) (Figuur 2). De cumulatieve incidentie bedroeg respectievelijk 3.07 (1.76-4.38) en 5.02 (4.08-5.97) per 10.000 persoonjaren follow-up.

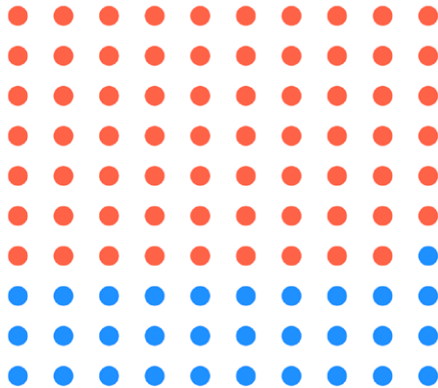
Daarnaast hadden personen met ≥ 10 mm poliepen die waren onderzocht door een endoscopist met een hoge ADR ($\geq 68.7\%$) een significant lager PCCRC-risico dan degenen onderzocht door een endoscopist met een lage ADR ($<66.3\%$) (HR 5.85 CI95% 1.28-26.55). De cumulatieve incidentie van PCCRC in de hoge ADR-groep was 0.93 (0.66-2.22) per 10.000 persoonjaren follow-up.



Figuur 2. De incidentie van PCCRC binnen 5 jaar bij personen met poliepen ≥ 10 mm zonder andere hoog-risico kenmerken, en bij personen zonder poliepen.

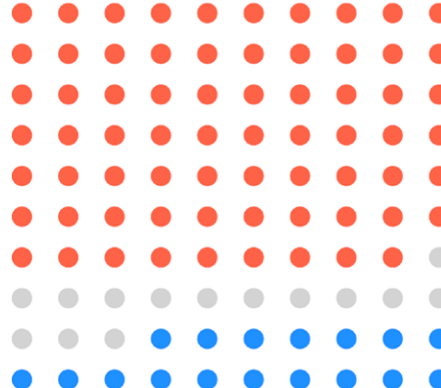


Current Dutch guideline



vs.

Guideline change 10-20 mm polyps



group



Figuur 3. Effecten van een alternatieve risicostratificatie voor personen met poliepen van 10-20mm zonder andere hoog-risico kenmerken binnen het Nederlandse bevolkingsonderzoek

Legenda:

Links: huidige situatie – rode stippen: personen met geen/laag risico poliepen (geen surveillance); blauwe stippen: personen met hoog-risico poliepen (3-jaarlijkse surveillance)

Rechts: grijze stippen: personen met poliepen van 10-20mm zonder andere hoog-risico kenmerken, geclassificeerd als lager risico met 5-jaarlijkse surveillance

Conclusie en implicaties voor de toekomst

Concluderend toont deze studie binnen het bevolkingsonderzoek dat het risico op PCCRC binnen 5 jaar bij personen met ≥ 10 mm poliepen zonder andere hoog-risicokenmerken laag is en niet significant verschilt van dat van personen zonder poliepen. Dit risico blijkt bovendien verder af te nemen wanneer de coloscopie wordt uitgevoerd door een endoscopist met een hoge ADR.

Deze bevindingen roepen vragen op over de noodzaak van een standaard 3 jaar surveillance-interval voor deze groep. Volgens onze studie zou 79% van alle personen met hoog-risico poliepen in aanmerking kunnen komen voor verlenging van surveillance-intervallen wanneer dit wordt toegepast op personen met een poliep ≥ 10 mm, en 46% van de personen met hoog-risico poliepen wanneer dit wordt beperkt tot personen met een poliep van 10-20mm (Figuur 3).

Referenties:

1. Hassan C et al. Post-polypectomy colonoscopy surveillance: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline - Update 2020. *Endoscopy*. 2020 Aug;52(8):687-700. doi: 10.1055/a-1185-3109. Epub 2020 Jun 22. PMID: 32572858.
2. Rutter MD et al. World Endoscopy Organization Consensus Statements on Post-Colonoscopy and Post-Imaging Colorectal Cancer. *Gastroenterology*. 2018 Sep;155(3):909-925.e3. doi: 10.1053/j.gastro.2018.05.038. Epub 2018 Jun 27. PMID: 29958856.



Vedolizumab in vroeg en laat stadium van de ziekte van Crohn (LOVE-CD): een fase-4 open-label cohortstudie

D'Haens GR, Löwenberg M, Baert F, Bossuyt P, Molnár T, Hoentjen F, Clasquin E, Gecse KB, Hulshoff MS, De Hertogh G, Lenfant M, Oldenburg L, Vermeire S. *The Lancet* October 27, 2025, DOI: 10.1016/S2468-1253(25)00233-X

Achtergrond

De komst van biologische medicijnen heeft het behandelarsenaal voor inflammatoire darmziekten ingrijpend veranderd. Eerdere studies hebben aangetoond dat vroege behandeling van patiënten met de ziekte van Crohn middels anti-tumornecrosefactor (TNF) therapie (zoals infliximab) effectiever is dan een conventionele step-up strategie.⁽¹⁻³⁾ Deze zogeheten top-down benadering resulteerde niet alleen in hogere percentages corticosteroïdvrije klinische remissie, maar ook in meer endoscopische remissie. De combinatie hiervan, aangeduid als diepe remissie, is geassocieerd met een lager risico op complicaties, ziekenhuisopnames en chirurgische ingrepen.⁽⁴⁾

Vedolizumab is een humaan IgG-antilichaam dat selectief de $\alpha 4\beta 7$ -integrine op circulerende immuuncellen remt, waardoor binding aan Mucosal Addressin Cell Adhesion Molecule 1 (MAdCAM-1) wordt verhinderd en de migratie van immuuncellen naar de darm wordt beperkt. Vedolizumab is sinds 2013 geregistreerd voor de behandeling van de ziekte van Crohn. Eerdere studies suggereren dat de effectiviteit van vedolizumab groter is bij *biological-naïve* patiënten. Daarnaast zou een kortere ziekteduur samenhangen met hogere remissiepercentages.⁽⁵⁻⁶⁾

De LOVE-CD studie onderzocht het effect van vedolizumab als eerstelijnsbehandeling bij patiënten met een vroege diagnose van de ziekte van Crohn, vergeleken met *biological-exposed* patiënten met een langer bestaande ziekte van Crohn, met klinische, endoscopische en histologische remissie als uitkomstmaten na één jaar behandeling.

Methoden

In deze multicenter, open-label cohortstudie, uitgevoerd in Nederland, België en Hongarije, werden patiënten met actieve ziekte van Crohn geïncludeerd, gedefinieerd als een *Crohn's Disease Activity Index* (CDAI) van 220-450 en de aanwezigheid van ulceraties bij endoscopie. Vroege Crohn werd gedefinieerd als een ziekteduur <2 jaar zonder eerdere biologische therapie (corticosteroïden en immunomodulatoren waren toegestaan).

Late Crohn werd gedefinieerd als een ziekteduur >2 jaar met eerdere behandeling met anti-TNF-therapie.

Vedolizumab werd toegediend volgens het geregistreerde inductie- en onderhoudsschema (intraveneuze toediening op week 0, 2 en 6, gevolgd door infusies elke 8 weken). Een extra infusie op week 10 was toegestaan bij onvoldoende klinische respons op week 6.

Endoscopie werd verricht bij baseline, week 26 en week 52. Het primaire samengestelde eindpunt was het percentage patiënten met zowel klinische als endoscopische remissie (*Crohn's disease activity index*, CDAI, ≤ 150 en *Simple Endoscopic Score for Crohn's disease*, SES-CD, <4) op zowel week 26 als week 52, een zeer stringent eindpunt. Secundaire eindpunten omvatten endoscopische respons ($\geq 50\%$ afname van de SES-CD ten opzichte van baseline) en histologische remissie, gedefinieerd als afwezigheid van granulocyten in de bipten. Bij elke studievizite werden bijwerkingen en wijzigingen in medicatie geregistreerd.

Bevindingen

In totaal werden 260 patiënten geïncludeerd: 86 in de vroege Crohn-groep en 174 in de late Crohn-groep. Van deze patiënten voltooiden 58 (67.4%) in de vroege groep en 104 (59.8%) in de late groep de studie.

Baseline endoscopische en klinische ziekteactiviteit waren vergelijkbaar tussen beide groepen: de mediane SES-CD was 9 (interkwartielafstand (IQR) 6-17) bij patiënten met vroege Crohn versus 12 (IQR 7-17) bij late Crohn, en de mediane CDAI was, respectievelijk, 255 (IQR 236-287) versus 259 (235-315). Zoals verwacht was de ziekteduur significant korter in de vroege Crohn groep (mediaan 0 jaar) dan in de late Crohn groep (mediaan 11 jaar).

Het primaire samengestelde eindpunt op week 26 én 52 werd significant vaker bereikt in de vroege Crohn-groep dan in de late Crohn-groep (31.4% versus 8.6%). Op week 52 was 59.3% van de vroege Crohn groep in klinische remissie, vergeleken met 43.7% van de late Crohn groep. Endoscopische remissie werd bereikt bij respectievelijk 51.2% versus 27.0% van de patiënten.

Histologische remissie op week 52 werd gezien bij 58.8% van >

de patiënten met vroege Crohn, tegenover 38.5% in de late Crohn-groep. Ernstige bijwerkingen traden op bij 3.5% van de patiënten in de vroege Crohn groep, vergeleken met 26.4% in de late Crohn groep. Deze bestonden voornamelijk uit infecties, inflammatoire darmziekten gerelateerde operaties en exacerbaties van de ziekte van Crohn.

Conclusie en implicaties voor de toekomst

De LOVE-CD studie toont aan dat vedolizumab effectiever en veiliger is in de behandeling van vroege Crohn ten opzichte van late Crohn. Vedolizumab kan daarom worden overwogen als een gunstige behandeloptie bij *biological-naïeve* patiënten met de ziekte van Crohn en een korte ziekteduur.

Referenties

1. Noor, N., et al. (2024). A biomarker-stratified comparison of top-down versus accelerated step-up treatment strategies for patients with newly diagnosed Crohn's disease (PROFILE): a multicentre, open-label randomised controlled trial. *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*, 9(5), 415-427.
2. D'Haens, G., et al. (2008). Early combined immunosuppression or conventional management in patients with newly diagnosed Crohn's disease: an open randomised trial. *The Lancet*, 371(9613), 660-667.
3. Jongsma, M., et al. (2022). First-line treatment with infliximab versus conventional treatment in children with newly diagnosed moderate-to-severe Crohn's disease: an open-label multicentre randomised controlled trial. *Gut*, 71(1), 34-42.
4. Ungaro, R. C., et al. (2020). Deep remission at 1 year prevents progression of early Crohn's disease. *Gastroenterology*, 159(1), 139-147.
5. Sandborn, W. J., Feagan, B. G. & GEMINI 2 Study Group (2013). Vedolizumab as induction and maintenance therapy for Crohn's disease. *The New England journal of medicine*, 369(8), 711-721.
6. Sands, B. E., et al. (2017). Vedolizumab as Induction and Maintenance Therapy for Crohn's Disease in Patients Naïve to or Who Have Failed Tumor Necrosis Factor Antagonist Therapy. *Inflammatory bowel diseases*, 23(1), 97-106.

DIGESTIVE DISEASE DAYS

WOENSDAG 18 MAART 2026

Woensdag	Brabantzaal	Auditorium	Baroniezaal	Parkzaal
09.30 - 10.45	Symposium Sectie Inflammatoire Darmziekten / Voeding / Kinder MDL	Symposium NVGIC: Visie vanuit diverse werkgroepen	Abstracts Endoscopie	
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 Keynote: Dr. I. Broeders: Ontwikkelingen robot- chirurgie MDL-ziekten Uitreiking NVGE Erelidmaatschap			
12.15 - 12.30	ALV Nederlandse Vereniging voor Gastroenterologie			
12.30 - 13.30	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal
Tijdens lunchpauze	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 Oncologie	Abstractsessie NVGIC	Pitches NVH Young Hepatologist Awards en ALV Nederlandse Vereni- ging voor Hepatologie	Abstracts Sectie Inflammatoire Darmziekten
14.30 - 16.00	Symposium Werkgroep Bariatric	Symposia werkgroepen NVGIC	Symposium NVH: Perioperatief management van de patiënt met gevorderde leverziekten	Abstracts Sectie Inflammatoire Darmziekten
16.00 - 16.30	Theepauze	Theepauze	Theepauze	Theepauze
Tijdens lunchpauze	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer
16.30 - 18.00	Symposium / Abstracts Sectie Gastrointestinale Oncologie en Experimen- tele Gastroenterologie	Symposia werkgroepen NVGIC	Symposium Sectie Inflammatoire Darmziekten en NVGIC	
18.00 - 19.30	Informele afsluiting in expositiehal			
19.30 - 22.00	Diner in Beneluxhal			
22.00 - 00.00	Gelegenheid tot netwerken			

DONDERDAG 19 MAART 2026

Donderdag	Brabantzaal	Auditorium	Baroniezaal	Parkzaal	Zaal 80/81
8.00 uur					Intervisie verpleegkundig specialisten
08.30 - 09.45	Ochtendprogramma V&VN MDL algemeen (aanvang 08.45 uur)	Symposium Sectie Gastrointestinale Endoscopie	Abstractsessie Sectie Experimentele Gastroenterologie + battle Junior Researcher Award		
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	Symposium MDL fonds	Symposium / Abstracts Sectie Inflammatoire Darmziekten en Experimentele Gastroenterologie	Abstractsessie Sectie Neurogastro-enterologie en Sectie Gastrointestinale Endoscopie	PhD netwerk: Carrière na je PhD: hoe nu verder?
11.45 - 12.00	Vervolg ochtendprogramma V&VN MDL algemeen				
12.00 - 13.00	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal
	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
13.00 - 14.15	Top abstracts NVGE MDL fonds subsidies Uitreiking Proefschriftprijs + voordracht Uitreiking Inspiratorprijs Uitreiking Gastrostart subsidies			Middagprogramma V&VN MDL - Endoscopie	
14.15 - 15.15	Symposium Sectie Gastrointestinale Oncologie en Voeding	Symposium Crohn & Colitis NL: Samen vooruit in IBD: Patiëntgerichte keuzes voor morgen	Symposium Sectie Gastrointestinale Endoscopie en Kinder MDL	Middagprogramma V&VN MDL - Endoscopie	
15.15 - 16.30			ALV Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen		

ALV
 V&VN MDL
 SYMPOSIUM
 ABSTRACTSESSIE

Appendectomy als behandeloptie bij therapie-refractaire colitis ulcerosa: resultaten van de COSTA-studie

Visser E, Reijntjes MA, Heuthorst L, Stellingwerf ME, West R, van Dongen K, Crolla RMPH, van Dieren S, van der Bilt JDW, Bemelman WA, D'Haens GR, Buskens CJ; COSTA Study Group. *Appendectomy versus switching to a JAK inhibitor in inducing remission in patients with active ulcerative colitis after biologic therapy failure (COSTA): 1-year results of a multicentre, prospective, cohort study. Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2026 Jan 6:S2468-1253(25)00291-2. doi: 10.1016/S2468-1253(25)00291-2. Epub ahead of print. PMID: 41512889.

Nederlandse samenvatting door: dr. Eva Visser, arts-onderzoeker, Amsterdam UMC en dr. Christianne J. Buskens, colorectaal chirurg, Amsterdam UMC.

Achtergrond

Ondanks de introductie van biologicals en small molecules, zoals Januskinase-remmers (JAK-remmers), blijft een aanzienlijk deel van de patiënten met colitis ulcerosa (CU) actieve ontsteking houden. Bij falen van een biological kan worden overgegaan op een JAK-remmer of uiteindelijk colectomie. Tegelijkertijd groeit het bewijs dat de appendix een rol speelt bij CU.

Eerdere observationele cohortstudies suggereren dat de appendix betrokken is bij het ziektebeloop van CU. (1) Recent liet de gerandomiseerde ACCURE-trial zien dat appendectomie superieur was aan standaard medicamenteuze therapie in het behouden van remissie bij CU patiënten die reeds in remissie waren. (2) Daarmee werd voor het eerst in een gerandomiseerde setting aangetoond dat appendectomie het ziektebeloop van CU kan beïnvloeden.

Tot voor kort ontbraken echter prospectieve vergelijkende studies naar de effectiviteit van appendectomie bij patiënten met actieve CU na falen van biologicals. De COSTA-studie werd opgezet om appendectomie te vergelijken met een switch naar een JAK-remmer in deze moeilijk te behandelen patiëntengroep.

Methoden

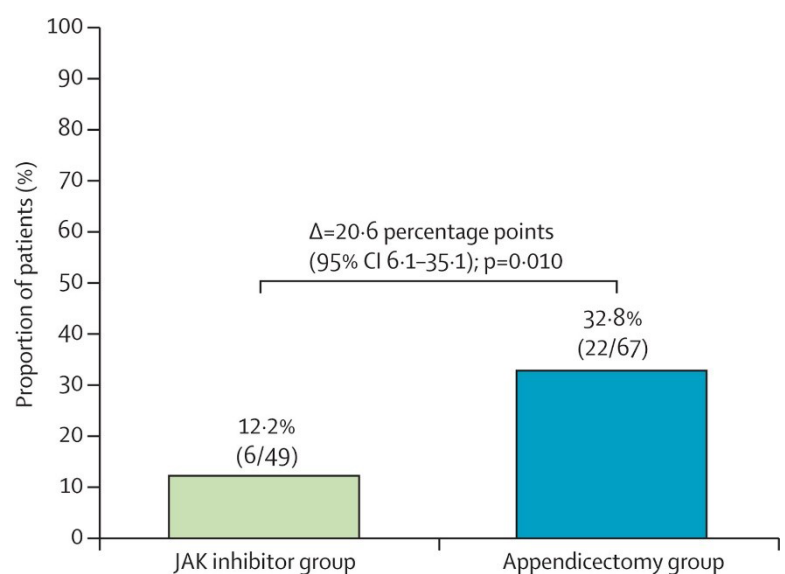
De COSTA-studie is een multicentrische, prospectieve cohortstudie met een *patient-*

preference design, uitgevoerd in vijf Nederlandse ziekenhuizen. Patiënten van 16 jaar en ouder met matig tot ernstig actieve CU (totale Mayo score [TMS] 5-12 met een endoscopische subscore ≥ 2) ondanks eerdere blootstelling aan geavanceerde therapie (biological of small molecules) kwamen in aanmerking voor inclusie.

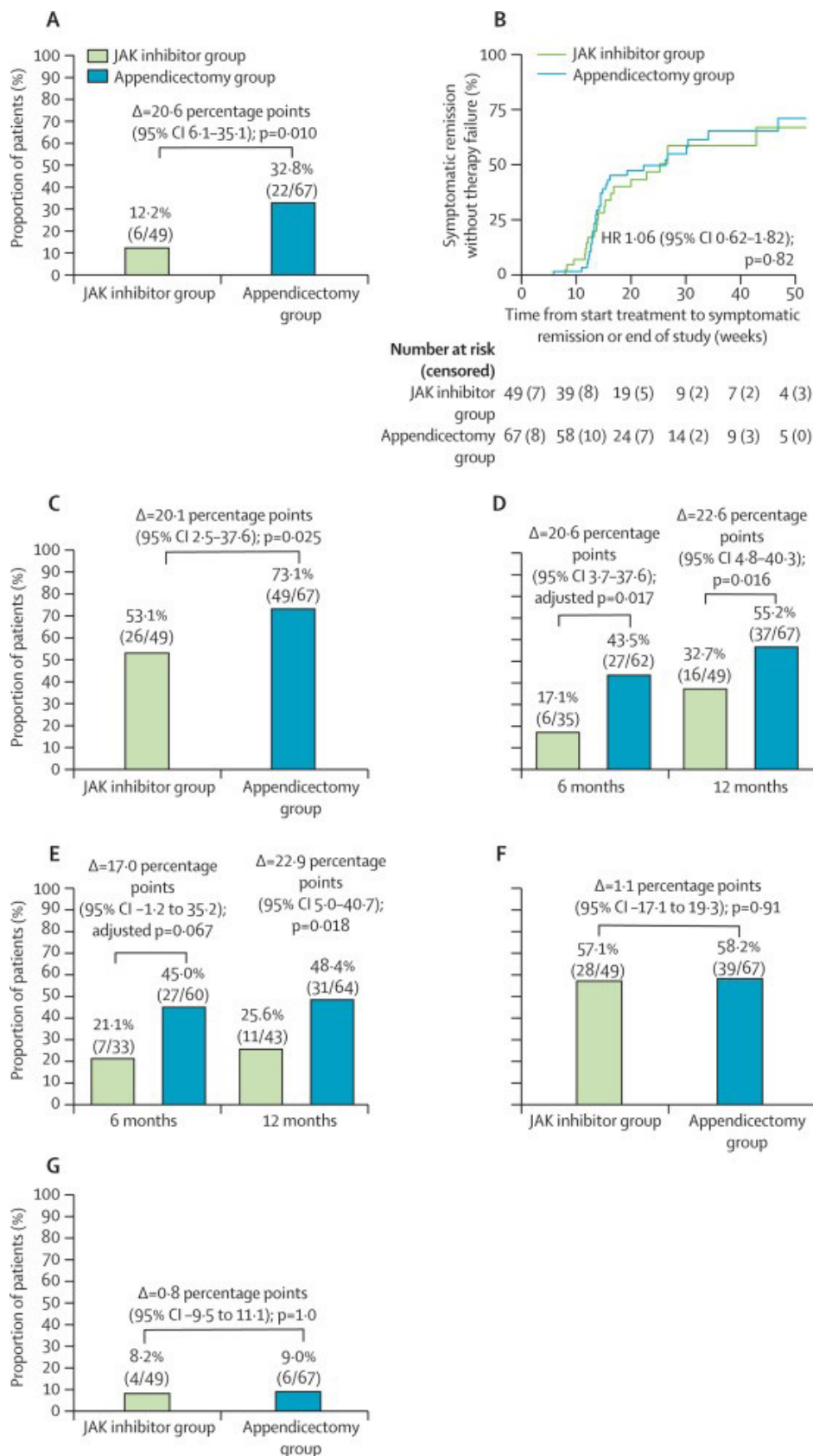
Na counseling konden patiënten kiezen tussen laparoscopische appendectomie (met continueren van de huidige geavanceerde therapie), een switch naar een JAK-remmer of colectomie. Voor de vergelijkende effectiviteitsanalyse werden alleen de appendectomie- en JAK-remmergroepen geïnccludeerd. De primaire uitkomstmaat was remissie na 12 maanden zonder therapiefalen. Remissie werd gedefinieerd als afwezigheid van klinische én endoscopische ziekteactiviteit (TMS ≤ 2 zonder subscores > 1), zonder noodzaak tot corticosteroiden, therapiewissel naar een ander biological/small molecule of colectomie.

Bevindingen

In totaal werden 116 patiënten geïnccludeerd in de modified intention-to-treat analyse (67 appendectomie, 49 JAK-remmer). Na 12 maanden bereikte 32.8% van de patiënten in de appendectomiegroep remissie zonder therapiefalen, tegenover 12.2% in de JAK-remmergroep ($p=0.016$) (Figuur 1).



Figuur 1. Remissie-uitkomsten na 12 maanden zonder therapiefalen.
JAK = Januskinase



Figuur 2. Key secundaire uitkomsten
(A) Corticosteroid-vrije remissie na 12 maanden zonder therapiefalen, gedefinieerd als remissie na 12 maanden zonder therapiealen en zonder corticosteroidgebruik gedurende ≥ 12 weken voorafgaand aan de 12-maanden follow-up.
(B) Tijd tot eerste symptomatische remissie zonder therapiefalen. Symptomatische remissie werd gedefinieerd als een partiële Mayo score ≤ 2 zonder subscores > 1 . Patiënten zonder bereikte remissie werden gecensureerd bij laatste follow-up. Vergelijking tussen groepen met log-ranktest; hazardratio's (HR) met 95%-betrouwbaarheidsintervallen werden berekend met een Cox-regressiemodel.
(C) Klinische respons na 12 maanden, gedefinieerd als een afname van de totale Mayo score met ≥ 2 punten en $\geq 30\%$ ten opzichte van baseline.
(D) Endoscopische verbetering na 6 en 12 maanden, gedefinieerd als een endoscopische subscore ≤ 1 . Getoonde 6-maandenpercentages zijn ongecorrigeerd; gecorrigeerde absolute risicoverschillen zijn berekend met logistische regressie, gecorrigeerd voor indicatie van endoscopie.
(E) Endoscopische respons na 6 en 12 maanden, gedefinieerd als een afname van de endoscopische subscore met ≥ 1 punt ten opzichte van baseline.
(F) Therapiefalen binnen 12 maanden na start van de behandeling.
(G) Colectomie binnen 12 maanden.

Ook secundaire uitkomsten waren gunstiger in de appendectomiegroep (Figuur 2), waaronder corticosteroïd-vrije remissie (32.8% versus 12.2%, $p=0.010$) en endoscopische respons (48.4% versus 25.6%, $p=0.018$). Tijd tot symptomatische remissie (hazard ratio 1.06 [95% BI 0.62-1.82, $p=0.82$), therapiefalen (58.2% versus 57.1%, $p=0.91$) en colectomiepercentages (9.0% versus 8.2%, $p=1.0$) verschilden niet significant tussen beide groepen. Het veiligheidsprofiel was vergelijkbaar: ongewenste voorvallen (adverse events) traden even vaak op in beide groepen (56.5% versus 60.0%, $p=0.70$). Appendectomie-gerelateerde complicaties kwamen weinig voor (4.3%) en waren beperkt tot Clavien-Dindo graad II of lager.

Conclusie en implicaties voor de toekomst

De COSTA-studie laat zien dat appendectomie, als aanvulling op bestaande therapie, geassocieerd is met hogere remissiepercentages dan een switch naar een JAK-remmer bij patiënten met actieve CU na falen van biologicals. De ingreep ging niet gepaard met een toename van ernstige bijwerkingen of colectomieën, wat wijst op een gunstig veiligheidsprofiel in deze geselecteerde patiëntengroep.

In combinatie met eerdere observationele studies en de gerandomiseerde ACCURE-studie, die aantoonde dat appendectomie effectief is in het behouden van remissie, versterken deze resultaten het concept dat de appendix een relevante rol speelt in het ziektebeloop van colitis ulcerosa. Daarmee verschuift appendectomie van een experimentele optie naar een potentiële aanvullende behandelstrategie bij therapieresistente ziekte.

Voor de klinische praktijk suggereren deze bevindingen dat appendectomie overwogen kan worden bij zorgvuldig geselecteerde patiënten met persisterende ziekteactiviteit

ondanks optimale medicamenteuze therapie, met name bij patiënten die langdurige blootstelling aan immunosuppressieve medicatie willen vermijden of waarbij behandelopties beperkt zijn. Goede patiëntselectie, multidisciplinaire besluitvorming en duidelijke counseling over de huidige stand van bewijs blijven daarbij essentieel.

Toekomstig onderzoek dient zich te richten op het identificeren van predictoren voor respons, verdere verfijning van endoscopische en histologische uitkomstmaten en het ontrafelen van de onderliggende immunologische mechanismen. Daarnaast is vervolgonderzoek nodig om de plaats van appendectomie binnen bestaande behandelalgoritmen en internationale richtlijnen verder te definiëren.

Referenties

- (1) Sahami S, Kooij IA, Meijer SL, Van den Brink GR, Buskens CJ, Te Velde AA. The Link between the Appendix and Ulcerative Colitis: Clinical Relevance and Potential Immunological Mechanisms. *Am J Gastroenterol*. 2016 Feb;111(2):163-9. doi: 10.1038/ajg.2015.301. Epub 2015 Sep 29. PMID: 26416189.
- (2) ACCURE Study Group. Appendectomy plus standard medical therapy versus standard medical therapy alone for maintenance of remission in ulcerative colitis (ACCURE): a pragmatic, open-label, international, randomised trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2025 Jun;10(6):550-561. doi: 10.1016/S2468-1253(25)00026-3. Epub 2025 Apr 11. PMID: 40228513; PMCID: PMC12062198.



Sectie Gastrointestinale Endoscopie

Endoscopic versus surgical gastroenterostomy for palliation of malignant gastric outlet obstruction (ENDURO): a randomised controlled trial

Referentie: van de Pavert, Y.L., Kastelijn, J.B., Besselink, et al.
Endoscopic versus surgical gastroenterostomy for palliation of malignant gastric outlet obstruction (ENDURO): a randomised controlled trial. 2025. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2025 10(12), 1065-1074.
doi: [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(25\)00209-2](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(25)00209-2)

Door: Drs. Yorick L. van de Pavert, arts-onderzoeker & AIOS MDL, UMC Utrecht en prof. dr. Frank P. Vleggaar, MDL-arts, UMC Utrecht

Inleiding

Maligne maaguitgangstenose is een aandoening die ongeveer 25% van de patiënten met een maligniteit van de distale maag, duodenum, pancreas of peri-ampullaire regio treft. De meeste van deze patiënten bevinden zich in een palliatief stadium, waarbij de klachten van overgeven en niet meer kunnen eten de kwaliteit van leven zeer negatief beïnvloeden. Voor patiënten met een maligne maaguitgangstenose in een relatief goede conditie en met een langere verwachte overleving wordt een laparoscopische gastrojejunostomie (SGJ) geadviseerd. De doorgankelijkheid van deze chirurgische anastomose blijft vaak goed zonder dat er reïnterventies uitgevoerd moeten worden, maar het kan drie tot acht dagen duren voordat de anastomose functioneel is en patiënten weer kunnen eten.

Bij EUS-geleide gastro-enterostomie (EUS-GE) wordt een *lumen-apposing metal stent* (LAMS) tussen maag en dunne darm geplaatst waarbij minimaal invasief de voedselpassage wordt hersteld. Verschillende observationele studies suggererden dat EUS-GE, vergeleken met SGJ, de tijd tot het weer kunnen eten verkort zonder dat het leidt tot meer reïnterventies, maar gerandomiseerde studies die dit onderzochten waren er niet.

In de gerandomiseerde ENDURO-studie werd de effectiviteit en duurzaamheid van beide behandelingen met elkaar vergeleken.

Resultaten

Vanaf februari 2022 tot en met februari 2024 werden 98 patiënten geïncludeerd in 12 Nederlandse ziekenhuizen. 48 patiënten lootten voor EUS-GE en 50 patiënten voor SGJ. Patiënten werden maximaal zes maanden vervolgd. De gemiddelde leeftijd was 69.4 jaar in de endoscopische groep

en 70.6 jaar in de chirurgische groep. De meeste patiënten waren man, 28 (58%) vs. 27 (54%), respectievelijk. De dominante onderliggende etiologie was pancreascarcinoom, 28 (58%) in de endoscopische groep en 25 (50%) in de chirurgische groep.

Patiënten in de endoscopische groep konden het eten van vast voedsel sneller hervatten dan patiënten in de chirurgische groep (1 vs. 3 dagen, HR 2.21 [95% CI 1.43–3.42; $p=0.0003$]). Het verschil in reïnterventies voor persisterende of recidiverende obstructieve klachten tussen de endoscopische en chirurgische groep was non-inferieur (5 (10%) endoscopische patiënten vs. 6 (12%) chirurgisch patiënten). Het aandeel van patiënten dat überhaupt weer kon eten na de behandeling was hoger in de endoscopische groep dan in de chirurgische groep. Daarnaast was de totale opnameduur korter in de endoscopische groep vergeleken met de chirurgische groep (1 vs. 4 dagen). Er werd geen verschil gezien in technisch succes van de procedures, dysfunctie van de anastomose, het hervatten/starten van chemotherapie en het optreden van complicaties. LAMS misplaatsingen werden gezien bij 4 patiënten (9%) van de endoscopisch behandelde patiënten.

Klinische toepassing

De ENDURO-studie laat zien dat EUS-GE leidt tot het eerder hervatten van vaste voeding zonder dat dit resulteert in meer reïnterventies binnen zes maanden na behandeling. De resultaten bevestigen dat EUS-GE de palliatieve behandeling van voorkeur dient te zijn voor patiënten met een maligne maaguitgangstenose. Het aantal LAMS misplaatsingen laat zien dat EUS-GE een complexe procedure is, zelfs wanneer deze uitgevoerd wordt door ervaren endo-echoscopisten. Derhalve is een belangrijke vervolgvraag op deze studie hoe en in welke centra EUS-GE aangeboden zou moeten worden.

DE GOUDEN RESEARCH VRAAG

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. Sonja Buschow** deze vragen gesteld.

De gouden vraag van Sonja:

“Welke specifieke T celresponsen kunnen hepatitis B-virus (HBV) geïnfecteerde hepatocyten daadwerkelijk herkennen én effectief opruimen?”

De vraag die mijn onderzoek het meest drijft, is welke T celresponsen werkelijk in staat zijn om HBV geïnfecteerde hepatocyten te herkennen en te elimineren. Het fascineert mij dat sommige mensen een HBV infectie volledig kunnen klaren, terwijl anderen een chronische infectie ontwikkelen die jarenlang kan persisteren. We weten dat T cellen essentieel zijn voor het opruimen van virale infecties, maar welke T celsubsets, specificiteiten en functionele profielen precies het verschil maken tussen succesvolle virale klaring en chronische infectie, blijft een groot en belangrijk vraagstuk.

Mijn kijk op deze vraag komt voort uit mijn achtergrond in de celbiologie van antigeenpresentatie via MHC moleculen en mijn onderzoek naar dendritische cellen. HBV weet het immuunsysteem op verschillende manieren te ontwijken. Het virus produceert grote hoeveelheden antigenen die terechtkomen in het bloed en mogelijk dienen als misleiding voor het immuunsysteem, terwijl de antigeenpresentatie in hepatocyten vaak inefficiënt is en zelfs het afweersysteem aanzetten tot tolerantie van deze antigenen. Hierdoor wordt slechts een beperkt deel van de epitopen, waarmee dendritische cellen T cellen activeren, daadwerkelijk gepresenteerd op geïnfecteerde levercellen zelf. Juist die epitopen, die zowel goed worden gepresenteerd op hepatocyten als geconserveerd zijn, zouden de motor kunnen zijn achter een effectieve antivirale T celrespons.

De afgelopen jaren heb ik mij met mijn onderzoek gericht op het identificeren van deze kritieke epitopen, onder meer via immuno-peptidomics waarbij we met massaspectrometrie direct in kaart brengen welke HBV antigenen door verschil-



Dr. Sonja Buschow.

lende menselijke MHC moleculen worden gepresenteerd. We hebben daarnaast meegewerkt aan de ontwikkeling van een therapeutisch vaccin gericht op het stimuleren van antivirale T-celresponsen dat momenteel voor het eerst wordt getest in patiënten. Hoewel dit belangrijke stappen zijn, blijft het onduidelijk welke T celresponsen, gericht tegen welke epitopen, daadwerkelijk bijdragen aan virusklaring.

Het beantwoorden van deze vraag is van groot belang. Hepatitis B vormt wereldwijd een enorm gezondheidsprobleem. Zodra een chronische infectie is ontstaan, kunnen antivirale middelen de replicatie van het virus wel remmen, maar het virus vrijwel nooit volledig elimineren. Hierdoor lopen wereldwijd honderden miljoenen mensen risico op complicaties, zoals levercirrose en hepatocellulair carcinoom. Het begrijpen van de onderliggende T celrespons is cruciaal om deze patiënten beter te kunnen behandelen. We weten dat personen die HBV spontaan klaren beschikken over een krachtige, breedgerichte en goed gecoördineerde T celreactie, terwijl deze respons bij chronische patiënten vaak uitgeput of onderdrukt is. Maar welke T cellen precies verantwoordelijk zijn voor effectieve controle, welke HBV epitopen ze herkennen en welke effectorprogramma's zij activeren, is nog grotendeels onbekend.

Deze kennis vormt de sleutel tot het ontwikkelen van curatieve therapieën en zou ons in staat stellen om therapeutische vaccins nog gericht te ontwerpen, of om T celresponsen van chronische patiënten functioneel



te herstellen of te versterken. Daarnaast kan inzicht in beschermende T celprofielen helpen om patiënten te identificeren die veilig kunnen stoppen met antivirale medicatie, iets wat momenteel moeilijk te voorspellen is. Als ik onbeperkte middelen tot mijn beschikking had, zou ik een geïntegreerd onderzoeksprogramma opzetten waarin immunologie, virologie, single cell technologie en geavanceerde modelsystemen samenkomen. Ik zou een internationaal cohort opbouwen van patiënten met zowel acute als chronische hepatitis B en personen die het virus spontaan hebben geklaard, waarbij zowel bloedmonsters als leverbiopten (bij voorkeur longitudinaal) worden verzameld. Met behulp van een uitgebreide library aan MHC multimeren, single cell RNA sequencing, TCR sequencing en spatial transcriptomics zou ik proberen een volledig beeld te creëren van welke T cellen

tegen welke epitopen actief zijn en hoe ze moeten functioneren voor succesvolle eliminatie van het virus.

Voor de epitopen en TCR's die geassocieerd zijn met succesvolle viruscontrole zou ik vervolgens de endogene antigeenpresentatie willen nabootsen zoals die plaatsvindt in geïnfecteerde hepatocyten. Met leverorganoïden en lever op chip technologie — modellen die zich snel ontwikkelen — kunnen we testen of deze T cellen daadwerkelijk in staat zijn geïnfecteerde hepatocyten te herkennen en te elimineren. Uiteindelijk zou ik de verkregen inzichten willen vertalen naar nieuwe therapieën die deze specifieke T celresponsen kunnen opwekken of herstellen, én naar tests waarmee we kunnen bepalen welke patiënten de juiste T cel responsen hebben om veilig te stoppen met antivirale behandeling.

Studie in de spotlight: PACYFIC – van surveilleren naar selecteren

Voor pancreascysten wordt vaak levenslange surveillance geadviseerd, terwijl het nut hiervan nooit prospectief is aangetoond. Tegen deze achtergrond werd in 2013 de PACYFIC-studie geïnitieerd door onze onderzoeksgroep in het Erasmus MC. Inmiddels zijn meer dan 3200 patiënten geïncludeerd en participeren 25 Nederlandse centra, aangevuld met internationale partners. Na jaren van inclusie en follow-up volgt later dit jaar de eerste analyse van primaire eindpunten.

In aanloop hiernaartoe hebben twee subanalyses al belangrijke informatie opgeleverd. Een eerste PACYFIC-analyse liet zien dat kleine en stabiele cysten waarschijnlijk veel minder risicovol zijn dan eerder werd aangenomen. Patiënten met cysten <15 mm en een groeisnelheid <2.5 mm/jaar hadden een verwaarloosbaar risico op hooggradige dysplasie of pancreascarcinoom, vergelijkbaar met dat van de algemene populatie. Deze bevinding ondersteunt dat minder intensieve surveillance — en mogelijk in geselecteerde gevallen zelfs stoppen — een reële optie kan zijn.

Daarnaast onderzochten wij de rol van CA19.9-monitoring. Hoewel een verhoogd CA19.9 in Europese richtlijnen als relatieve indicatie voor chirurgie wordt genoemd, bleek de huidige cutoff (≥ 37 kU/L) niet onafhankelijk geassocieerd met relevante progressie. Wel leidde CA19.9-monitoring

frequent tot intensivering van follow-up en zelfs onnodige chirurgie bij benigne ziekte. Deze resultaten benadrukken dat surveillance zelf niet zonder risico is en dat bestaande strategieën kritisch heroverwogen moeten worden.

Onder de vlag van het Nederlandse “Less is More”-initiatief wordt gewerkt aan een Nederlandse richtlijnaanpassing voor pancreascyste surveillance, bedoeld als amendement op de toekomstige internationale richtlijn. De PACYFIC-resultaten zullen hierbij een belangrijke rol spelen. Implementatie van de nieuwe richtlijn staat gepland per 1 januari 2027.

De centrale vraag verschuift daarmee van “hoe detecteren we progressie zo vroeg mogelijk?” naar “wie moeten we überhaupt blijven volgen?”. Dankzij de unieke samenwerking binnen PACYFIC lijkt Nederland hierin een voortrekkersrol te gaan spelen.

Referenties

Levink, I.J.M. *et al.*, Small and Stable Pancreatic Cysts Are Reassuring During Surveillance: Results From the PACYFIC Trial. *United European Gastroenterol J*, 13: 971–981.

Levink IJM, *et al.*, The additive value of CA19.9 monitoring in a pancreatic cyst surveillance program. *United European Gastroenterol J*. 2023; 11(7): 601–611.



MDL Fonds

Het MDL fonds heeft dit jaar in totaal €1.3 miljoen geïnvesteerd in wetenschappelijk onderzoek, onderverdeeld over zeven projecten. Voor deze editie van de DDD news lichten we twee van deze projecten toe.

MODIFI-IBD: modafinil voor ernstige vermoeidheid bij IBD

Aanhoudende vermoeidheid is een veelvoorkomend en klinisch relevant probleem bij patiënten met inflammatoire darmziekten (IBD), ook wanneer de ziekte klinisch en biochemisch rustig is. Ongeveer 40% van de patiënten in remissie rapporteert ernstige vermoeidheid, met aanzienlijke gevolgen voor kwaliteit van leven, functioneren en arbeidsparticipatie. Ondanks de hoge ziektelast ontbreken tot op heden effectieve, evidence-based farmacologische behandelopties. Met het MODIFI-IBD onderzoek, recent toegekend door het MDL Fonds, onderzoeken wij de effectiviteit en veiligheid van modafinil bij patiënten met IBD in remissie en ernstige chronische vermoeidheid. Inclusie wordt verwacht te starten per april aanstaande.

Rationale

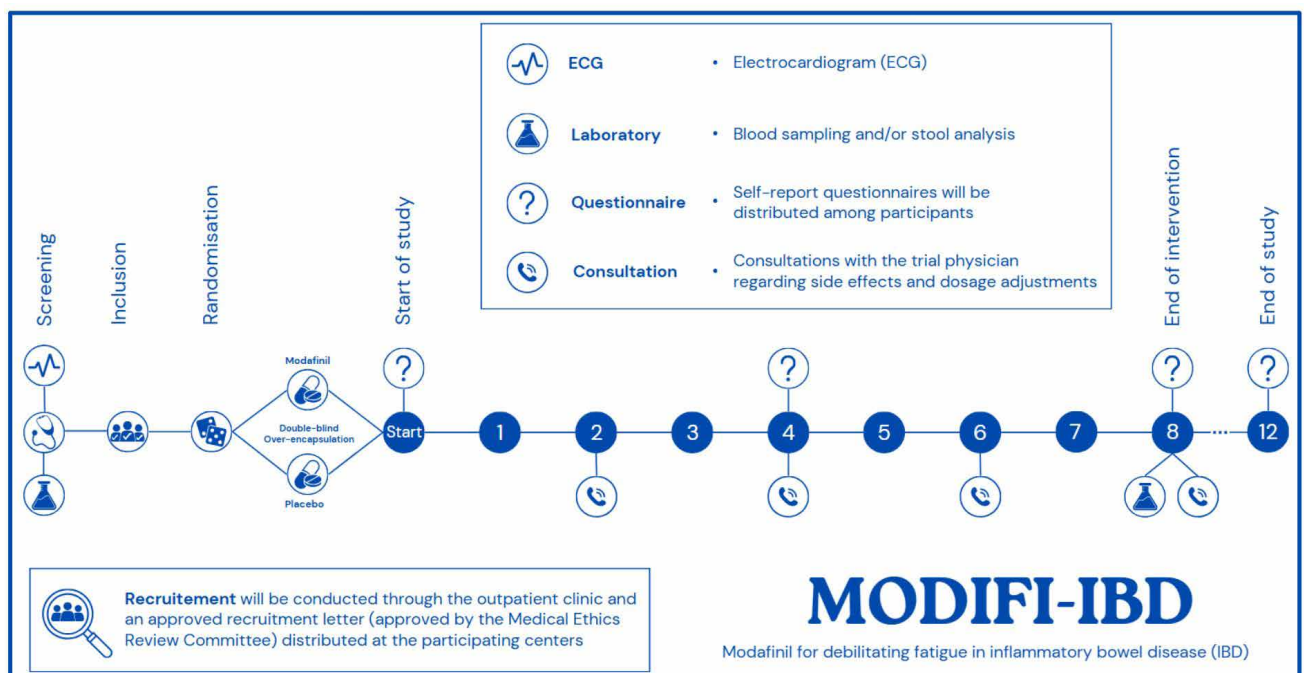
Vermoeidheid is een door patiënten hoog geprioriteerd onderzoeksgebied binnen de IBD-zorg. In meerdere nationale

patiëntpanels en onderzoek agenda's staat vermoeidheid consequent bovenaan als symptoom waarvoor betere behandelstrategieën nodig zijn. Daarnaast leidt vermoeidheid tot verhoogd zorggebruik en maatschappelijke kosten. Modafinil is een centraal zenuwstelsel stimulerend middel dat al decennialang wordt toegepast bij narcolepsie. Het middel heeft een gunstig veiligheidsprofiel en een laag risico op afhankelijkheid. Modafinil remt de dopamineheropname, wat kan zorgen voor verhoogde alertheid, energie en cognitieve verbetering.

Binnen onze onderzoeksgroep is reeds ervaring opgedaan met off-label modafinil bij patiënten met IBD en ernstige vermoeidheid. In een kleine case series werd een duidelijke afname van vermoeidheid gezien. (Moulton, Young *et al.* 2024)

Studieopzet

MODIFI-IBD is een multicenter, gerandomiseerde, dubbelblinde, placebo-gecontroleerde trial. In totaal worden 60 deelnemers (18–75 jaar) met klinisch en biochemisch rustige IBD en ernstige chronische vermoeidheid 1:1 gerandomiseerd naar modafinil of placebo gedurende acht weken. De startdosering is 100mg en kan worden opgebouwd tot 300mg per dag, afhankelijk van effect en eventuele bijwerkingen. De dosering wordt in overleg met het onderzoeksteam getitreerd.



In- en exclusiecriteria

Belangrijkste inclusiecriteria:

- Volwassen patiënten (18–75 jaar)
- Bewezen diagnose IBD ≥ 1 jaar
- Klinisch en biochemisch rustige ziekte
- Ernstige chronische vermoeidheid (≥ 6 maanden)

Belangrijkste exclusiecriteria:

- Actieve IBD of recente opvlamming/medicatie wijziging
- Andere medische of psychiatrische oorzaken van vermoeidheid (zoals anemie of ernstige depressie)
- Contra-indicaties voor modafinil (o.a. ongecontroleerde hypertensie of hartritmestoornissen)
- Gebruik van medicatie met klinisch relevante interacties met modafinil
- Zwangerschap of actieve zwangerschapswens

De primaire uitkomstmaat is een klinisch relevante afname van vermoeidheid, gedefinieerd als een daling van ≥ 3 punten op sectie I van de Inflammatory Bowel Disease-Fatigue (IBD-F) vragenlijst. Secundaire uitkomstmaten omvatten veranderingen in vermoeidheid (IBD-F, FACIT-F), kwaliteit van leven, slaapkwaliteit, psychische klachten en arbeidsparticipatie.

Naast klinische effectiviteit richt MODIFI-IBD zich op beter begrip van de onderliggende mechanismen van vermoeidheid. In een aanvullende substudie onderzoeken wij met een online effort-based decision making tool of modafinil invloed heeft op inspannings- en beloningsgevoeligheid bij vermoeide IBD-patiënten.

Klinische relevantie

Indien modafinil effectief blijkt, kan dit leiden tot een eerste farmacologische behandeloptie voor IBD-gerelateerde vermoeidheid. Gezien het bestaande veiligheidsprofiel, de lage kosten en de eenvoudige toepasbaarheid, zou implementatie in de klinische praktijk laagdrempelig kunnen zijn. Uiteindelijk hopen wij met deze studie de negatieve spiraal van aanhoudende vermoeidheid bij patiënten met IBD te doorbreken en hen te helpen weer meer energie en dagelijks functioneren terug te krijgen.

Interesse in ons onderzoek?

Contact: Manal Aourag,
Joris Hendriks,
Marjolijn Duijvestein
(modifi-ibd@radboudumc.nl)



INITIATIVE ON
CROHN AND COLITIS

Deelnemende centra en hoofdonderzoekers namens het initiatief on Crohn and Colitis (ICC)

- Marjolijn Duijvestein, Radboudumc
- Nofel Mahmmoud, St. Antonius Ziekenhuis
- Mark Lowenberg, Amsterdam UMC
- Marijn Visschedijk, UMCG
- Hanke Brandse, Rijnstate ziekenhuis
- Zlatan Mujagic, MUMC+

Bronvermelding

1. Moulton, C. D., et al. (2024). "Modafinil for Severe Fatigue in Inflammatory Bowel Disease: A Prospective Case Series." *Clin Gastroenterol Hepatol* 22(8): 1737-1740.



Orale infliximab studie (TOMATE) gesteund door MDL Fonds subsidie 2025

In 2009, toen Maikel Peppelenbosch nog met Gerard Dijkstra in het UMCG samenwerkte ontstond het idee om anti-TNF in hoge concentratie lokaal in de darm toe te dienen. Met hulp van de farmaceutische technologie en bio-farmacie (prof. Erik Frijlink) en apotheek (prof. Jos Kosterink) is er na jaren van ontwikkeling nu een infliximab tablet. Het was bijzonder lastig financiering voor deze proof of concept studie te vinden en zijn dan ook erg blij dat het MDL Fonds nu deze TOMATE-trial (Towards Mucosal Application of infliximab in the Therapy of Enterocolitis) wil ondersteunen. In studie onderzoeken we of infliximab tabletten (ColoFix) veilig en effectief zijn in de behandeling van actieve ziekte van Crohn.

De aanleiding voor deze studie is de behoefte naar een alternatieve toedieningsroute voor infliximab. Bij intraveneuze en subcutane toediening zien we verschillende nadelige effecten, zoals systemische immunosuppressie, infusie- of injectiereacties en de vorming van anti-infliximab antistoffen. Met name deze antistofvorming kan leiden tot therapiefalen, waardoor een switch naar een andere biological (bijv. adalimumab) noodzakelijk is. Daarnaast zijn intraveneuze en subcutane toediening kostbaar en vormen zij een aanzienlijke belasting voor patiënten door frequente ziekenhuisbezoeken of het zelf moeten injecteren van medicatie.

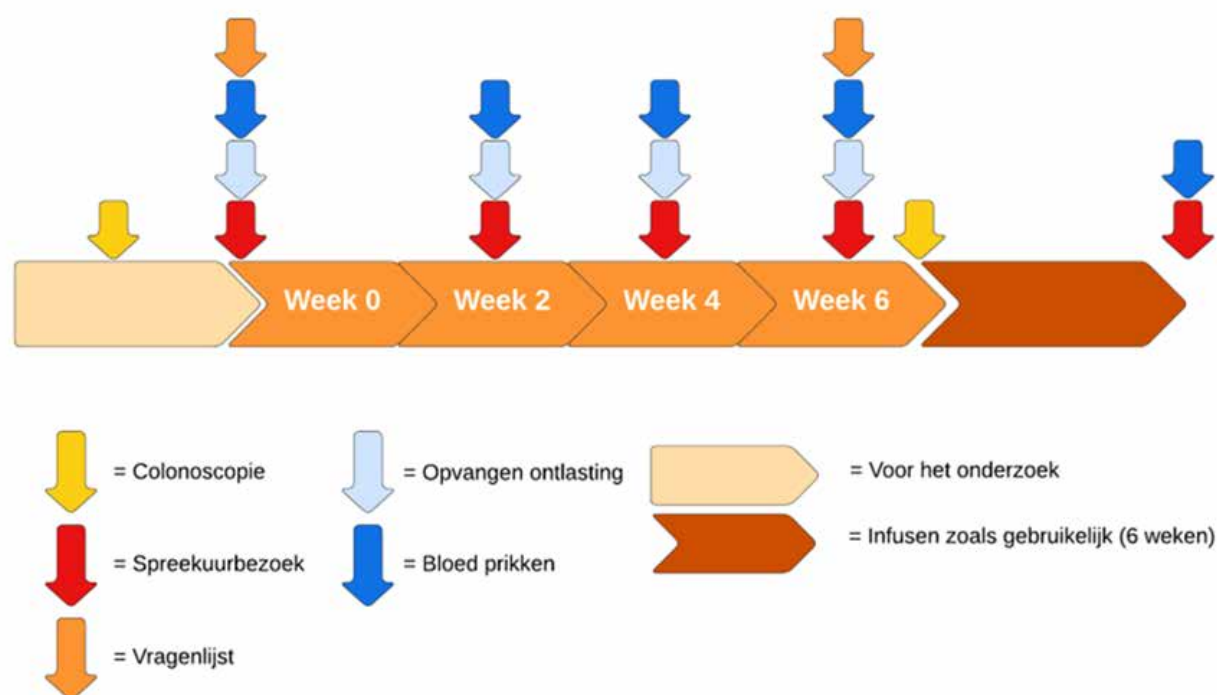
Door infliximab oraal als tablet toe te dienen hopen we deze nadelen te omzeilen en alternatief te bieden voor infusen

en injecties. Orale toediening vermindert het aantal ziekenhuisbezoeken en geeft patiënten meer autonomie over hun behandeling, wat mogelijk bij kan dragen aan een betere therapietrouw.

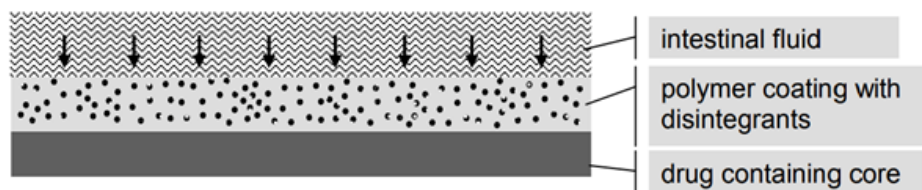
Voor deze orale toediening maken we gebruik van de innovatieve ColoPulse technologie om ileo-colonische afgifte te bewerkstelligen. Deze technologie maakt gebruik van een pH-reactieve coating die wordt aangebracht op de infliximab tabletten. Deze coating zorgt ervoor dat de tabletten infliximab vrijgeven in het terminale ileum en colon. De effectiviteit van deze ColoPulse coating is klinisch aangetoond in gezonde vrijwilligers en patiënten met de ziekte van Crohn. De infliximab tabletten zijn volledig ontwikkeld en getest, maar nog niet in patiënten met de ziekte van Crohn. Door infliximab direct op de plaats van ontsteking aan te bieden, willen we lokaal therapeutische spiegels bereiken in de ontstekingshaarden van de darmen zonder systemische blootstelling.

De primaire uitkomsten van de studie zijn veiligheid en verdraagbaarheid. Secundaire uitkomsten zijn onder andere infliximabspiegels in serum, ontlasting en weefsel, de vorming van anti-infliximab antistoffen en klinische respons na de interventie. De klinische respons wordt beoordeeld aan de hand van endoscopie of beeldvorming, fecaal calprotectine, CRP en de CDAI-score.

Concept studietijdlijn:



Colopulse werking:



De beoogde deelnemers voor deze studie zijn biological-naïve patiënten met actieve ziekte van Crohn, gelokaliseerd in het terminale ileum en/of colon. Ook moet er een indicatie zijn voor het starten met anti-TNF.

We bedanken het MDL-fonds hartelijk voor het toekennen van deze subsidie. Zonder deze steun bleek het onmogelijk dit onderzoek in deze vroege fase te realiseren. Door financiering van deze en vergelijkbare studies wordt innovatief en translationeel onderzoek binnen de MDL mogelijk gemaakt.

We hopen de TOMATE-trial regionaal of zelfs landelijk uit te kunnen voeren. Collega's die geïnteresseerd zijn in dit onderzoek of meer informatie wensen, kunnen contact opnemen met het onderzoeksteam.

Prof. dr. Gerard (G.) Dijkstra – MDL-arts & hoogleraar inflammatoire darmziekten

Prof. dr. Jos (J.G.W.) Kosterink – hoogleraar ziekenhuisfarmacie

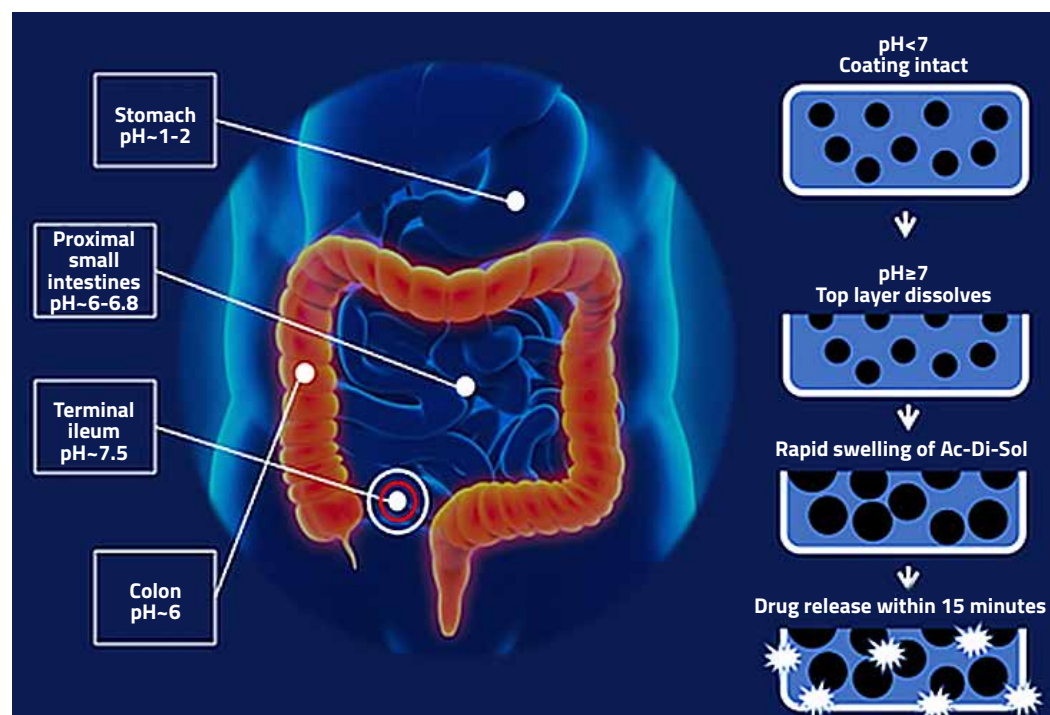
Prof. dr. Erik (H.W.) Frijlink – hoogleraar farmaceutische technologie en biofarmacie

Dr. Bahez (B.) Gareb – ziekenhuisapotheker, assistant professor

Drs. Colette (J.C.) Stropak – arts-onderzoeker

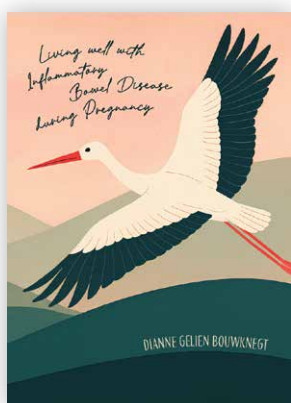
Bronnen:

1. Maurer JM, Schellekens RC, van Rieke HM, et al. Gastrointestinal pH and Transit Time Profiling in Healthy Volunteers Using the IntelliCap System Confirms Ileo-Colonic Release of ColoPulse Tablets. *PLoS One*. 2015;10(7):e0129076. Published 2015 Jul 15. doi:10.1371/journal.pone.0129076
2. Gareb B, Posthumus S, Beugeling M, et al. Towards the Oral Treatment of Ileo-Colonic Inflammatory Bowel Disease with Infliximab Tablets: Development and Validation of the Production Process. *Pharmaceutics*. 2019;11(9):428. Published 2019 Aug 23. doi:10.3390/pharmaceutics11090428



Proefschriftsponsoring 2026

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 2026 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 D.G. Bouwknecht.

D.G. Bouwknecht, 4 februari 2026, Groningen

Living well with Inflammatory Bowel Disease during Pregnancy

E.A. Mendieta Escalante, 28 januari 2026, Groningen

Re-search: neutrophils, NETs, and Autoimmunity in Ulcerative Colitis

F.E.M. de Rijk, 22 januari 2026, Rotterdam

Chronic pancreatitis: bridging the gap between current practice and evidence-based care

K. van der Ploeg, 20 januari 2026, Rotterdam

Microbial Safety in Gastrointestinal Endoscopy: Risk factors, surveillance, and interventions

Q.W.E. van der Zander, 22 december 2025, Maastricht

Improving optical diagnosis of colorectal polyps; The impact of artificial intelligence

J.M.G. van Oostrom, 3 december 2025, Amsterdam

Personalising treatment and targets in IBD

M.L.M. Riswijk, 19 november 2025, Nijmegen

Improving the efficacy and patient tolerability of colorectal cancer screening. Reducing the occurrence of preventable colorectal cancer

