

DDD

NEWS

DUTCH DIGESTIVE DISEASE NEWS

Terugblik DDD
maart 2026

Nieuw: Richtlijnen

De Gouden
Research Vraag

NVGE 
NEDERLANDSE VERENIGING
VOOR GASTRO-ENTEROLOGIE

JAARGANG 36 NUMMER 2 JUNI 2026



VOORWOORD



Terwijl velen van ons genieten van één of twee weken vakantie, werd de huidige editie van DDD news weer vormgegeven door de redactie. Opnieuw veel aandacht voor onderzoek van Nederlandse bodem.

Allereerst vindt u een samenvatting van de oratie *'Medisch onderwijs, een vak apart'* van prof. dr. Alexandra Langers, MDL-arts en vice-decaan in het LUMC.

Verder krijgt u een goede indruk van de DDD in maart in Veldhoven. Het congres was goed bezocht en er werden opnieuw mooie prijzen uitgereikt aan terechte winnaars

— een waardevolle traditie waarbij vele onderzoekers in het zonnetje worden gezet. Verderop in deze editie leest u hier meer over.

Het is bovendien goed om te zien dat de commissie duurzaamheid steeds meer voet aan de grond krijgt binnen onze vakgroepen. Ook tijdens de DDD werd aandacht besteed aan duurzaamheid, met een prijs voor het abstract van het meest duurzame onderzoek. Deze editie is er veel aandacht voor onderzoek van Nederlandse bodem op het gebied van colorectaal carcinoom. Na het lezen van deze editie bent u weer volledig up-to-date: van APC-mozaiëk bij polyposis tot de ORCHESTRA Randomized Clinical Trial (eerder dit jaar gepubliceerd in JAMA) en de gereviseerde richtlijn erfelijke darmkanker. Ook dit jaar heeft de NVGE weer sponsoring kunnen bieden voor het drukwerk van diverse proefschriften. De titels vindt u verderop.

Alle activiteiten van de NVGE worden ondersteund en mede vormgegeven door de medewerkers van het bureau MDL Nederland in Haarlem (Jeanine, Roelie, Charissa, Jill, Thomas, Wendy, Patrick en Gabriela). Naast de NVGE ondersteunen zij ook de NVMDL en NVH in hun werkzaamheden. Samen met Luuk Berk, penningmeester van de NVMDL, heb ik de afgelopen 2,5 jaar mogen bijdragen aan de ontwikkeling van het bureau, namens het zeshoofdig bestuur (drie voorzitters en drie penningmeesters van de drie verenigingen). Het is een hecht, professioneel en betrokken team. Ik kan niet genoeg benadrukken hoeveel werk er in Haarlem met enthousiasme wordt verricht.

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: Dr. P. Wisse

ISSN: 2543-3075

INHOUD

Congresagenda	4
Nieuws	5
Oratie	7
Terugblik DDD maart 2026	8
DDD Science	13
Research pitch	19
De Gouden Research vraag	21
Studie in de spotlight	23
Richtlijnen	24
Landelijke werkgroep	26
MDL Fonds	27
Proefschriftsponsoring	27

CONGRESAGENDA 2026

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

3 november 2026

Casuïstische conferentie
 Locatie: Online vanuit studio

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

Vervolg voorwoord

De komende periode richten we ons als bestuur op de toekomst van de DDD. We willen een nieuwe koers varen, en het is waardevol om te zien dat u dit ondersteunt. Maar liefst 80% van u gaf in de enquête aan open te staan voor verandering van de huidige opzet van twee dagen, twee keer per jaar. Na de brainstorm in juni met de Raad van Afgevaardigden, en overleg met de besturen van de NVMDL en NVH en ook na een brainstorm met de exposanten, zullen we een definitieve keuze maken.

Ik wens u veel leesplezier en hoop u in september weer te zien in Veldhoven. Tijdens de ALV zal Gerd Bouma mij opvolgen als voorzitter, en zullen we u informeren over de koers die we gaan varen.

Andrea van der Meulen, voorzitter

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 Inflammatoire Darmziekten*
 Drs. R.J. (Robert) de Vos tot Nederveen Cappel, *namens*

Nederlandse Vereniging voor Gastro-intestinale Chirurgie
 J. (Joris) Peters, *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*

M.J.M. (Marcel) Groenen, *namens MDL-Raad W&I NVMDL*

Drs. M.T.J. (Michiel) Bak, *redactielid DDD news*

Dr. I.J.M. (Iris) Levink, *redactie DDD-news*

D.A. (Daan) Verhoeven, *namens PhD netwerk*

Erelidmaatschap NVGE voor Paul Fockens

een leven lang vernieuwend kijken, kijkend vernieuwen

Tijdens de voorjaarseditie van de *Digestive Disease Days* werd prof. dr. Paul Fockens officieel benoemd tot erelid van de Nederlandse Vereniging voor Gastro-Enterologie (NVGE). Het erelidmaatschap is de hoogste onderscheiding die de NVGE kan toekennen en wordt slechts bij uitzondering verleend aan hen die een uitzonderlijke en blijvende bijdrage hebben geleverd aan het vakgebied en de vereniging. In het geval van Paul Fockens kan zonder voorbehoud worden gesteld dat deze erkenning meer dan verdiend is.

Een veelzijdige en uitzonderlijke carrière

Paul Fockens behoort tot die zeldzame categorie MDL-artsen die vier wezenlijk verschillende rollen — onderzoeker, opleider, bestuurder én clinicus/endoscopist — decennia-lang met overtuiging en op het hoogste niveau heeft vervuld. Het is juist deze combinatie van excellentie op meerdere fronten die zijn carrière zo buitengewoon maakt.

Wetenschappelijke impact van wereldformaat

Met bijna 600 publicaties en een H-index van 92 behoort prof. dr. Paul Fockens tot de absolute wereldtop binnen de

gastro-enterologie. Achter deze indrukwekkende bibliometrische gegevens schuilt echter iets wat cijfers niet volledig kunnen weerspiegelen: een onophoudelijke intellectuele nieuwsgierigheid en een intrinsieke drang om het vakgebied verder te brengen.

Die houding kenmerkte zijn gehele loopbaan. Paul Fockens stond aan de wereldwijde basis van de diagnostische echo-endoscopie (EUS) en was vervolgens internationaal leidend in de ontwikkeling van de eerste therapeutische EUS-procedures, waaronder de drainage van pancreatitis-gerelateerde collecties. Bijzonder veelzeggend is dat hij, waar velen na



Erelidmaatschap uitreiking.



dergelijke prestaties geleidelijk zouden afbouwen, ook rond zijn zestigste nog nieuwe therapeutische toepassingen ter hand nam — waaronder EUS-geleide gastro-jejunostomie- en galblaas- en galwegdrainages. Deze onverminderde wetenschappelijke gedrevenheid en het vermogen om zich de nieuwsgierigheid van een beginnend onderzoeker eigen te houden tot op gevorderde leeftijd, vormen een inspirerend voorbeeld voor elke praktiserende arts en onderzoeker. De titel van zijn oratie — ‘Vernieuwend kijken, kijkend vernieuwen’ — heeft Paul Fockens gedurende zijn gehele carrière op exemplarische wijze waargemaakt.

Bestuurlijke verdiensten op nationaal en internationaal niveau

De bijdrage van Paul Fockens strekte zich ver uit voorbij de eigen kliniek en onderzoeksgroep. Als voorzitter van onder meer de NVMDL, de ESGE en de UEG, en als lid van talloze andere nationale en internationale besturen, heeft hij de MDL-zorg op structurele wijze naar een hoger plan getild. Daarnaast was hij de grondlegger van EUS Live (1998) en Amsterdam Live Endoscopy (2008), twee initiatieven die na een korte onderbreking door de coronapandemie inmiddels onder de vlag van Dutch Endoscopy Live zijn voortgezet op het fundament dat hij twee tot drie decennia geleden legde.

Een blijvende erfenis als opleider en mentor

Wellicht de meest duurzame erfenis van Paul Fockens is zijn rol als opleider en mentor. Generaties MDL-artsen, zowel in Nederland als ver daarbuiten, zijn door hem gevormd en geïnspireerd. Zijn vermogen om kennis over te dragen gaat hand in hand met een kritische, stimulerende benadering die velen van ons direct of indirect heeft gevormd. In dit licht is het veelzeggend en prachtig dat zijn eigen mentor, prof. Guido Tytgat, eveneens erelid van de NVGE is. De cirkel is daarmee rond.

Namens het bestuur en alle leden van de Nederlandse Vereniging voor Gastro-Enterologie wil ik prof. dr. Paul Fockens hartelijk danken voor alles wat hij heeft betekend voor ons vakgebied, de patiëntenzorg en de vereniging. Tevens dank ik hem hartelijk namens allen voor wie, onder wie ik zelf, Paul Fockens jarenlang een mentor en klankbord is geweest. Wij spreken de hoop uit dat zijn betrokkenheid bij de MDL-gemeenschap ook in de komende jaren, zij het in een andere vorm, bewaard zal blijven.

Van harte gefeliciteerd met dit welverdiende erelidmaatschap.

Rogier Voermans

GASTROSTART SUBSIDIERONDE

Gastrostart subsidieronde 2026

Ook dit jaar kunt u weer in aanmerking komen voor een Gastrostart subsidie met een maximumbedrag van € 10.000,-. De subsidie is uitsluitend bedoeld voor beginnend en innovierend onderzoek op gastro-enterologisch-hepatologisch gebied en alleen ten behoeve van leden (projectleider of hoofdaanvrager) die minimaal 1 jaar lid zijn van de NVGE of NVH.

Aanvragers worden gevraagd om specifiek behalve het innoverende karakter van het project, ook het risicodragende aspect (redenen waarom het onderzoek niet kansrijk is bij andere subsidiegevers) te commentariëren.

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

Deadlines indieningsronde 2026:

- 1 juni 2026 (uitreiking in september 2026)
- 1 december 2026 (uitreiking in maart 2027)

Meer informatie en het aanmeldformulier kunt u vinden op www.nvge.nl.

Oratie Prof. Dr. Alexandra Langers

'Medisch onderwijs, een vak apart'

Op vrijdag 13 maart sprak Alexandra Langers haar oratie 'Medisch onderwijs, een vak apart' uit.

De oratie begon met een inleiding over de Leidse hoogleraar Herman Boerhaave (1668-1738). Boerhaave beschreef als eerste de spontane perforatie van de slokdarm, waar de meeste MDL-artsen hem van zullen kennen, maar was met name bekend om zijn didactiek. Medische boeken waren indertijd grotendeels gebaseerd op de humorenleer van Galenus, terwijl nieuwe ontdekkingen daar niet in pasten. Boerhaave herstructureerde en herschreef de medische leerboeken in een toegankelijke taal. In het hedendaagse onderwijs gebruiken we sommige van de door hem toegepaste onderwijsvormen nog steeds, zoals bijvoorbeeld *bedside teaching*. Ook hoorcolleges – die veel verder teruggaan dan de tijd van Boerhaave – worden nog steeds veel gebruikt, hoewel er uitgebreide evidence is dat deze onderwijsvorm weinig effectief is. Vormen van activerend onderwijs, waarbij studenten actief betrokken zijn, leiden ertoe dat nieuw opgedane kennis veel beter beklijft. Toch zien we dat het soms lang kan duren totdat nieuwe onderwijskundige inzichten in de praktijk worden gebracht. Dit heeft mogelijk te maken met het feit dat medisch opgeleide professionals voor een belangrijk deel bepalen hoe het onderwijs eruit ziet, terwijl zij niet altijd goed geschoold zijn op het gebied van didactiek, aldus Langers.

De invoering van de Basiskwalificatie Onderwijs (BKO) heeft een positief effect op de kwaliteit van het onderwijs. Binnen de medische vervolgopleiding is er een verplichting tot continue didactische nascholing van het opleidingsteam, iets dat goed zou zijn voor iedereen die in het medisch onderwijs werkzaam is, zo betoogde Langers. Daarnaast ziet zij een belangrijke rol weggelegd voor kerndocenten, die een belangrijk deel van hun tijd besteden aan onderwijs, en dit als een belangrijke hoofdtaak zien. In een academisch ziekenhuis is het onderwijs toch vaak iets wat er even bij wordt gedaan door artsen of onderzoekers. Door het verder professionaliseren van de (kern)docenten zorgen we dat we niet alleen Evidence Based Medicine leveren aan onze patiënten, maar ook Evidence Based Education aan onze studenten.

Dat docentprofessionalisering effectief is, werd geïllustreerd door het onderzoek naar de effecten van de Training-the-Colonoscopy-Training (TCT) cursus. Uit dit onderzoek, dat onlangs werd gepubliceerd in *Gastroenterology*, bleek dat MDL-artsen die een TCT cursus hadden gevolgd meetbaar



Prof. Dr. Alexandra Langers.

betere supervisievaardigheden ontwikkelden. Deze bleken 6-9 maanden na de cursus nog steeds behouden te zijn. Dit onderzoek laat zien dat specialisten die goed zijn in een bepaald vak, niet per definitie ook goede docenten zijn. Aan de andere kant laat het ook zien dat docent-vaardigheden wel aan te leren zijn door het volgen van een gerichte cursus.

Momenteel onderzoekt Langers hoe nieuwe technologie, zoals augmented reality, kan worden ingezet om het aanleren van vaardigheden efficiënter te maken. Daarnaast onderzoekt zij of het samen opleiden van artsen en verpleegkundigen, tijdens gezamenlijke onderwijsmomenten, kan leiden tot een betere voorbereiding op de klinische praktijk. Het interprofessioneel opleiden, dat bijvoorbeeld ook vorm kan krijgen door het betrekken van endoscopieverpleegkundigen bij de opleiding van MDL-artsen, heeft de toekomst, zo besloot Langers.

Terugblik DDD 18 en 19 maart 2026

Vele handen maken licht werk, kent u die uitdrukking? Het zijn vele MDL-handen die dit voorjaar de eerste DDD van 2026 weer tot een groot succes hebben gemaakt! Want met het NVGE-bestuur aan het roer en de onmisbare organisatorische en logistieke ondersteuning van het bureau MDL-Nederland is met de inzet van alle NVGE-secties onder leiding van de Raad van Afgevaardigden wederom een boeiend en wetenschappelijk hoogwaardig programma tot stand gekomen dat op 18 en 19 maart j.l. met trots aan het grote aantal bezoekers kon worden voorgeschoteld.

Om te beginnen werd de DDD feestelijk geopend met een plenaire sessie die werd gevuld met hooggewaardeerde abstracts, de uitreiking van het erelidmaatschap (zie verder) en een interessante keynote lecture van chirurg Ivo Broeders over de ontwikkelingen in de robotchirurgie binnen de Maag-, darm- en leverziekten. Mooi om te zien hoe snel de ontwikkelingen op dit gebied zijn gegaan in een relatief korte tijd!

Verder waren er uiteraard de bekende abstractsessies. Dit podium, waarop menig MDL-collega als jonge onderzoeker zijn of haar eerste schreden binnen het MDL-vak zette, laat bij elke editie van de DDD zien dat de wetenschap ons MDL-ers in het bloed zit. Daarnaast stonden er een aantal boeiende symposia op het programma, waarbij opviel dat secties de blik over de schutting niet schuwen en openlijk de samenwerking met elkaar aangaan. Als mooi voorbeeld organiseerde de sectie IBD op woensdag maar liefst 2 symposia, in samenwerking met Voeding en Kinder-MDL in de ochtend en met de chirurgie (NVGIC) in de middag. Ook op donderdag vonden gezamenlijke symposia van de secties Endoscopie en kinder-MDL en de secties Oncologie en Voeding plaats. Mooie voorbeelden hoe we binnen onze vereniging samen optrekken en op die manier kennis delen en de zorg voor patiënten verbeteren.

Tevens vermeldenswaard zijn de posters. Deze werden in maar liefst 5 sessies, verdeeld over de 2 dagen, digitaal gepresenteerd op de inmiddels bekende posterstage, en deze bijeenkomsten werden opvallend goed bezocht. Met behulp van koptelefoons wordt de inhoud van de poster door de onderzoeker toegelicht zodat alles voor elke deelnemer goed verstaanbaar is, ondanks de plek van de posterstage in de 'openbare ruimte' van Koningshof. Het bestuur verheugt zich in het succes van deze formule!

Ook een aantal andere hoogtepunten zijn het noemen waard. Zo werd opnieuw een erelidmaatschap uitgereikt, ditmaal aan prof. Paul Fockens. De titel erelid is bedoeld voor leden die zich

buitengewoon verdienstelijk hebben gemaakt voor het vakgebied MDL in het algemeen en daarvoor nationaal en internationaal erkenning krijgen. Met bijna 600 publicaties op PubMed en (inter)nationaal aanzien met name op het terrein van de Endoscopie is de titel erelid er één die Paul zeer verdient. Rogier Voermans sprak hem toe en reikte de oorkonde uit.

Tevens werd de in 2024 ingestelde tweemaaljaarlijks Inspiratorprijs uitgereikt. Deze prijs wordt toegekend aan een lid van de vereniging dat zich op bijzondere wijze onderscheidt en een rolmodel is voor de jongere generatie. Prof. Dr. Marc Besselink, hoogleraar Chirurgie in het Amsterdam UMC, was de 2e collega die deze prijs in ontvangst mocht nemen. Hij werd met hulde en humor toegesproken, wederom door Rogier Voermans, die zijn niet-aflatende enthousiasme voor het vak en betrokkenheid bij wetenschappelijk onderzoek roemde. Waar ook ter wereld, Marc is te allen tijde voor zijn hele schare van onderzoekers bereikbaar.

Tot slot mocht onze vereniging ook deze editie meerdere prijzen uitreiken, waaronder 2 prijzen voor het hoogst gewaardeerde abstract, 1 studentenprijs voor het hoogst gewaardeerd door een student verricht onderzoek, de Gastrointestinale proefschriftprijs, 3 Gastrostartsubsidies en de Duurzaamheidsprijs.

Uiteraard is er altijd ruimte voor verbetering. Ik wil daarbij met name de donderdagmiddag expliciet noemen. Ondanks meerdere interessante sessies en bijeenkomsten, waaronder de presentatie van de Topabstracts en de ALV van de NVMDL, die naar mijn mening vanwege de vele belangrijke beroepsinhoudelijke onderwerpen door elke MDL-arts met enige regelmaat bezocht zou moeten worden, zien we het aantal bezoekers aan het einde van de 2^e dag snel afnemen. Bij deze roep ik graag iedereen op om ook op de laatste middag te genieten van het interessante en belangrijke aanbod!

Ondertussen zijn de voorbereidingen voor de aanstaande DDD op 9 en 10 september al in volle gang en belooft het weer een interessante, gevarieerde bijeenkomst te worden. Ondertussen beraadt het NVGE-bestuur zich momenteel intern en in juni samen met de Raad van Afgevaardigden tijdens de jaarlijkse brainstormsessie over de uitkomsten van de recente leden-enquête over de toekomst van de DDD. Slechts 20% van de leden blijkt voorstander van het continueren van het huidige concept. Wij gaan op zoek naar een nieuwe DDD van de toekomst; wordt vervolgd!

Patrick van der Veek, penningmeester NVGE

Terugblik prijzen en subsidies tijdens de DDD maart 2026

Duurzaamheidsprijs

Volgens de KNMG-gedragscode hoort aandacht voor de relatie tussen gezondheid, klimaat en milieu bij het professioneel handelen van de arts. Ook de Gezondheidsraad benadrukt het belang om duurzaamheid een plek te geven binnen de kwaliteit van zorg. Vanuit die overtuiging reikt de Groene MDL (onderdeel van de NVMDL) tijdens dit congres wederom een duurzaamheidsprijs uit. De prijs is een erkenning voor onderzoek dat de klimaat- en milieu-impact van de MDL-zorg verkleint – direct of indirect.

Dit voorjaar ging de prijs naar L. Triemstra die op woensdag haar onderzoek (De-implementation of routine FDG-PET/CT use in staging locally advanced gastric cancer) onder de aandacht bracht tijdens het gecombineerde symposium van de sectie Gastrointestinale Oncologie en de sectie Experimentele Gastroenterologie.

Op nummer 2 en 3 zijn respectievelijk geëindigd, *Patient-centred de-escalation of routine care for IBD in enduring remission: the PEACE survey* van I. Geers en *Five-day waste audit in a tertiary endoscopy department: quantifying waste streams and carbon footprint* van B. Vegting.

Junior Researcher award

Tijdens de battle voor de Junior Researcher Award van de sectie Experimentele Gastroenterologie presenteerden 3 jonge onderzoekers hun in 2025 gepubliceerde werk. De genomineerden Job Saris, Naomi Karmi en Subinuer Abudukelimu gaven in een 5 minuten durende pitch de highlights van hun gepubliceerde studie. Na stemming door de aanwezige toehoorders in de zaal werd de Junior Researcher award 2026 toegekend aan Subinuer Abudukelimu, PhD kandidaat in het LUMC. Haar artikel, gepubliceerd in *iScience*, omvat een basaal-translatie studie naar de cellulaire mechanismen (pre-metastatic niche vorming) die ten grondslag liggen aan hepatogene metastasering van colorectale tumoren en de rol van fibroblasten en neutrofielen hierin. De volledige studie is te lezen via de QR code. De battle voor de Junior Researcher Award 2027 zal plaatsvinden tijdens de voorjaarsvergadering DDD in Maart 2027.



Proefschriftprijs 2026

Eerste prijswinnaar: Pieter Wisse

Screening for Colorectal Cancer Screening Tests

Met dit proefschrift willen we het bevolkingsonderzoek naar darmkanker verbeteren. Het Nederlandse bevolkingsonderzoek bestaat uit een FIT die bij een ongunstig resultaat wordt gevolgd door coloscopie. Het programma is nu ruim 10 jaar geleden gestart en we zien dat incidentie van en sterfte aan darmkanker hierdoor afnemen. Dit is geweldig nieuws! Echter blijft verdere verbetering van het huidige programma mogelijk. Daarvoor kijken we in deel 1 van dit proefschrift naar verschillende niet-invasieve selectie testen en in deel 2 naar de kwaliteit van coloscopieën die zijn uitgevoerd in het Nederlandse bevolkingsonderzoek.

In deel 1 toonden we aan dat de fecaal immunochemische test (FIT) beter presteert dan de op guaiac gebaseerde ont-



Eerste prijswinnaar Pieter Wisse.



lastingstest (gFOBT); de gFOBT moet dus niet meer gebruikt worden voor screening.(1) Daarnaast ontwikkelden wij een nieuwe screeningstest, de multitarget FIT (mtFIT), die drie eiwitten detecteert in ontlasting (hemoglobine, calprotectine en serpinF2). Wij toonden dat de mtFIT, in vergelijking met FIT, een hogere sensitiviteit heeft voor advanced adenomen bij gelijke specificiteit.(2) Deze resultaten valideerden wij in een grote (>13.000 deelnemers) prospectieve studie welke werd uitgevoerd binnen het Nederlandse bevolkingsonderzoek darmkanker. Screenen met de mtFIT, ten opzichte van FIT, leidt tot een relevante vermindering van darmkanker incidentie en mortaliteit tegen realistische kosten, dus de mtFIT heeft potentie om de FIT te vervangen.(3) Tot slot vergeleken wij de FIT met een bloedtest, welke kijkt naar circulerend tumor DNA (ctDNA). We zagen dat beide testen een goede sensitiviteit van darmkanker hadden en dat FIT en ctDNA testen elkaar mogelijk kunnen aanvullen om zo een nog hogere sensitiviteit te krijgen. In de context van screening zijn er echter ook veel nadelen aan het gebruik van ctDNA testen, dus deze zullen hiervoor voorlopig (nog) niet worden gebruikt.

In deel 2 bekeken we de kwaliteit van coloscopie door in te zoomen op post-coloscopie darmkanker (PCCRC). De incidentie van PCCRCs het Nederlandse screeningsprogramma is laag in vergelijking met andere landen. Dit komt waarschijnlijk doordat de kwaliteit van de coloscopieën hoog is, want vrijwel alle endoscopisten voldoen aan gestelde kwaliteitscriteria (zoals adenoom detectie graad (ADR), coecum intubatie graad en voldoende inspectietijd). De meeste PC-CRCs worden gedetecteerd vóór het geplande surveillance moment (interval-type PCCRC), deze worden vaak pas in een laat stadium gevonden en zijn meestal veroorzaakt doordat de endoscopist een adenoom heeft gemist.(4) De gemiddelde ADR in het bevolkingsonderzoek is hoog, echter is er wel een omgekeerd verband tussen de ADR en het voorkomen van (interval) PCCRC. Dus endoscopisten moeten blijven streven naar een zo hoog mogelijke ADR om interval PCCRCs te voorkomen.(5) Tot slot toonden we dat deelnemers die momenteel voor surveillance terugverwezen worden naar het bevolkingsonderzoek (met dus een nieuwe FIT na 10 jaar) na 3 jaar al een vrij hoge kans hebben op darmkanker. Zo hoog dat het de vraag is of het huidige interval van 10 jaar niet te lang is.(6)

Concluderend hebben wij in Nederland een bevolkingsonderzoek wat zorgt voor minder (sterfte aan) darmkanker. Het lijkt echter mogelijk om het huidige programma verder te verbeteren door de mtFIT te gebruiken in plaats van de FIT en door te blijven streven naar optimale detectie van adenomen.

Over de auteur

Pieter Wisse (Mlissingen, 1993) behaalde in 2018 zijn arts-examen cum laude aan het Erasmus MC. Vervolgens startte hij zijn promotietraject onder begeleiding van prof. dr. Manon Spaander (Erasmus MC), prof. dr. Gerrit Meijer (NKI/AVL) en dr. Beatriz Carvalho (NKI/AVL). Studies uit zijn proefschrift werden gepubliceerd in Lancet Oncology, Annals of Internal Medicine, Cochrane database for systematic reviews en Endoscopy. Op 8 april 2025 promoveerde hij cum laude aan de Erasmus Universiteit. Momenteel werkt hij als AIOS MDL in regio Rotterdam en regio Maastricht.

Referenties

1. Grobbee EJ, Wisse PHA, Schreuders EH, et al. "Guaiac-based faecal occult blood tests versus faecal immunochemical tests for colorectal cancer screening in average-risk individuals." The Cochrane database of systematic reviews vol. 6,6 CD009276. 2022, doi:10.1002/14651858.CD009276.pub2
2. de Klaver W, Wisse PHA, van Wifferen F, et al. "Clinical Validation of a Multitarget Fecal Immunochemical Test for Colorectal Cancer Screening : A Diagnostic Test Accuracy Study." Annals of internal medicine vol. 174,9 (2021): 1224-1231. doi:10.7326/M20-8270
3. Wisse PHA, de Klaver W, van Wifferen F, et al. "The multitarget faecal immunochemical test for improving stool-based colorectal cancer screening programmes: a Dutch population-based, paired-design, intervention study." The Lancet. Oncology vol. 25,3 (2024): 326-337. doi:10.1016/S1470-2045(23)00651-4
4. Wisse PHA, de Boer SY, Oudkerk Pool M, et al. "Post-colonoscopy colorectal cancers in a national fecal immunochemical test-based colorectal cancer screening program." Endoscopy vol. 56,5 (2024): 364-372. doi:10.1055/a-2230-5563
5. Wisse PHA, Erler NS, de Boer SY, et al. "Adenoma Detection Rate and Risk for Interval Postcolonoscopy Colorectal Cancer in Fecal Immunochemical Test-Based Screening : A Population-Based Cohort Study." Annals of internal medicine vol. 175,10 (2022): 1366-1373. doi:10.7326/M22-0301
6. van de Schootbrugge-Vandermeer HJ, Kooyker AI, Wisse PHA, et al. "Interval post-colonoscopy colorectal cancer following a negative colonoscopy in a fecal immunochemical test-based screening program." Endoscopy vol. 55,12 (2023): 1061-1069. doi:10.1055/a-2136-6564

Proefschriftprijs 2026

Tweede prijswinnaar: Charlotte Frederiks

Towards optimal endoscopic treatment for early esophageal neoplasia

Gedurende de laatste decennia zijn de behandelopties voor vroege vormen van slokdarmkanker aanzienlijk verbeterd waarbij er een radicale verschuiving heeft plaatsgevonden van chirurgie naar endoscopische behandeling. Het doel van dit proefschrift was een bijdrage te leveren aan de optimalisatie van endoscopische behandeling voor patiënten met voorstadia en vroege vormen van slokdarmkanker.

Het eerste deel beschrijft enkele nieuwe inzichten voor endoscopische behandeling van Barrett slokdarm, een voorstadium van slokdarmkanker. Deze behandelstrategie begint doorgaans met endoscopische resectie van elke zichtbare afwijking gevolgd door ablatietherapie ter vermindering van het risico op nieuwe afwijkingen. Gezien de profylactische aard van ablatietherapie, pleit dit proefschrift voor een zorgvuldige afweging tussen de voordelen en de risico's van deze behandeling bij het bepalen van de indicatie en het optimale einddoel voor elke individuele patiënt. Daarnaast zijn praktische aanbevelingen geformuleerd ter verbetering van het beleid rondom specifieke, uitdagende patiëntengroepen en rondom het afnemen van biopten na succesvolle behandeling, hetgeen onder bepaalde voorwaarden mogelijk achterwege gelaten kan worden.

In het tweede deel is een alternatieve ablatietechniek voor de behandeling van Barrett slokdarm onderzocht, genaamd cryoablatie. In tegenstelling tot de huidige standaardbehandeling, radiofrequentie ablatie, welke gebaseerd is op het verhitten van het slokdarm slijmvlies, maakt deze nieuwe techniek gebruik van het bevriezen van weefsel. De onderzoeken in dit proefschrift, waaronder een Europese multicenter studie, laten zien dat cryoablatie een effectieve en veilige behandelmethode is met als belangrijkste voordeel minder pijn na de behandeling.

Het derde deel is gericht op gepersonaliseerde behandelstrategieën voor patiënten met vroege vormen van slokdarmkanker. Bij patiënten met een hoog risico op lymfekliermetastasen blijkt een radicale endoscopische resectie van de primaire tumor gevolgd door een schildwachtklierprocedure haalbaar en veilig. Met behulp van deze minimaal invasieve methode kan bij zorgvuldig geselecteerde patiënten mogelijk een slokdarmresectie vermeden worden. De onderzoeken in dit laatste deel hebben tevens bevestigd dat



Tweede prijswinnaar Charlotte Frederiks.

endoscopische resectie een veilige en effectieve behandeloptie is voor patiënten met een vroege vorm van plaveiselcelcarcinoom of patiënten met een vroege slokdarmtumor en gelijktijdige slokdarmvarices.

Over de auteur

Charlotte Frederiks studeerde geneeskunde aan de Vrije Universiteit Amsterdam. In 2019 startte zij haar promotieonderzoek in het UMC Utrecht, onder begeleiding van prof. dr. B.L.A.M. Weusten en prof. dr. J.J.G.H.M. Bergman. Op 16 januari 2025 promoveerde zij aan de Universiteit Utrecht. Momenteel is Charlotte werkzaam als AIOS Maag-, Darm- en Leverziekten in het St. Antonius Ziekenhuis.

Gastrostart subsidie

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

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

Dr. J.A. Fritzsche

'The use of intraduodenally sampled bile as a screening tool for cholangiocarcinoma in patients with primary sclerosing cholangitis; a prospective pilot study.'

Dr. R.H. Dang

'De Matrix die Meezaait: Hoe de extracellulaire matrix uitzaaiingen in rectumkanker beïnvloedt'

Dr. Ö.M. Koc

'Abberant microbially amidated bile acids in bile of patients with primary sclerosing cholangitis'

Student award en abstractprijs

Ook deze editie werd er weer een student award uitgereikt en werden verschillende abstracts beloond met de abstractprijs voor hoogst scorende abstract.

Student award

M.G. Griesbaum

Systemic antibody responses against herpesviruses and Bacteroides associate with disease progression in Inflammatory Bowel Disease.

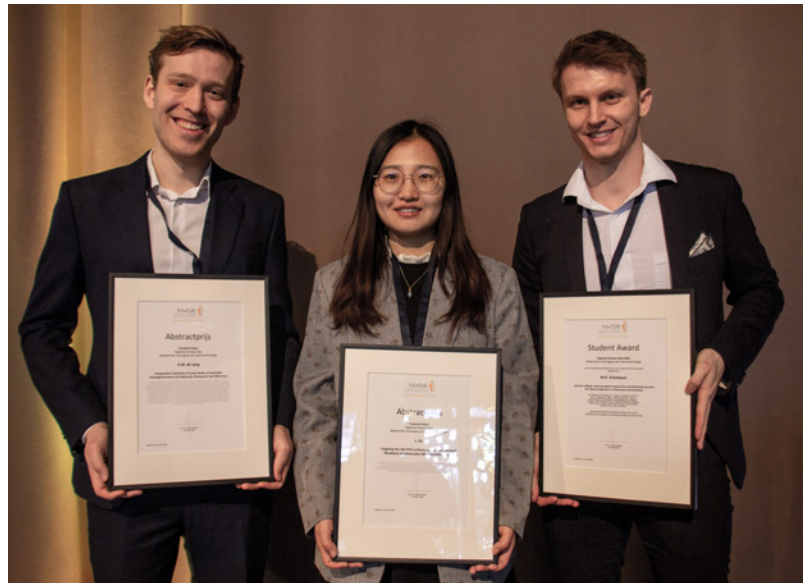
Abstractprijzen

D.M. de Jong

Preoperative Evaluation of Lymph Nodes of resectable Cholangiocarcinoma by Endoscopic Ultrasound: the POELH trial.

J. Su

Targeting the JAK-STAT pathway reprograms intestinal fibroblasts and attenuates IBD-associated fibrosis.



Prijswinnaars Maximilian Griesbaum, Jie Su en David de Jong.

DDD PITCH

Oproep aan alle collega's, PhD studenten

Wil jij jouw research pitch in de volgende editie van 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!

APC mozaïek bij polyposis: Wanneer te onderzoeken, hoe te controleren?

Terlouw D, et al. Prevalence and Consequences of APC Mosaicism in Patients With Colorectal Adenomas. *Gastroenterology*. 2026 Mar 9. doi: 10.1053/j.gastro.2025.10.028. PMID: 41801175.

Nederlandse samenvatting door: dr. Diantha Terlouw, Klinisch Moleculair Bioloog in de Pathologie, Leids Universitair Medisch Centrum en Maartje Nielsen, Klinisch Geneticus, Leids Universitair Medisch Centrum.

Achtergrond

Een aanzienlijk deel van de patiënten met adenomateuze polyposis heeft geen kiembaan (erfelijke) pathogene variant in *APC*, *MUTYH* of andere bekende polyposisgenen. In meer dan 2000 patiënten, wie kiembaan DNA-diagnostiek in bloed ondergingen in het LUMC, vinden we afhankelijk van leeftijd en poliepenaantal **geen** variant in 20–90%.¹ Eerdere studies beschrijven dat een zogenoemde *APC* mozaïcisme een verklaring kan zijn voor deze onverklaarde polyposis patiënten.^{2,3} Bij een *APC* mozaïek is een pathogene *APC* variant aanwezig in een deel van de lichaamscellen. De variant kan zelfs alleen in colonweefsel aanwezig zijn.

Methoden

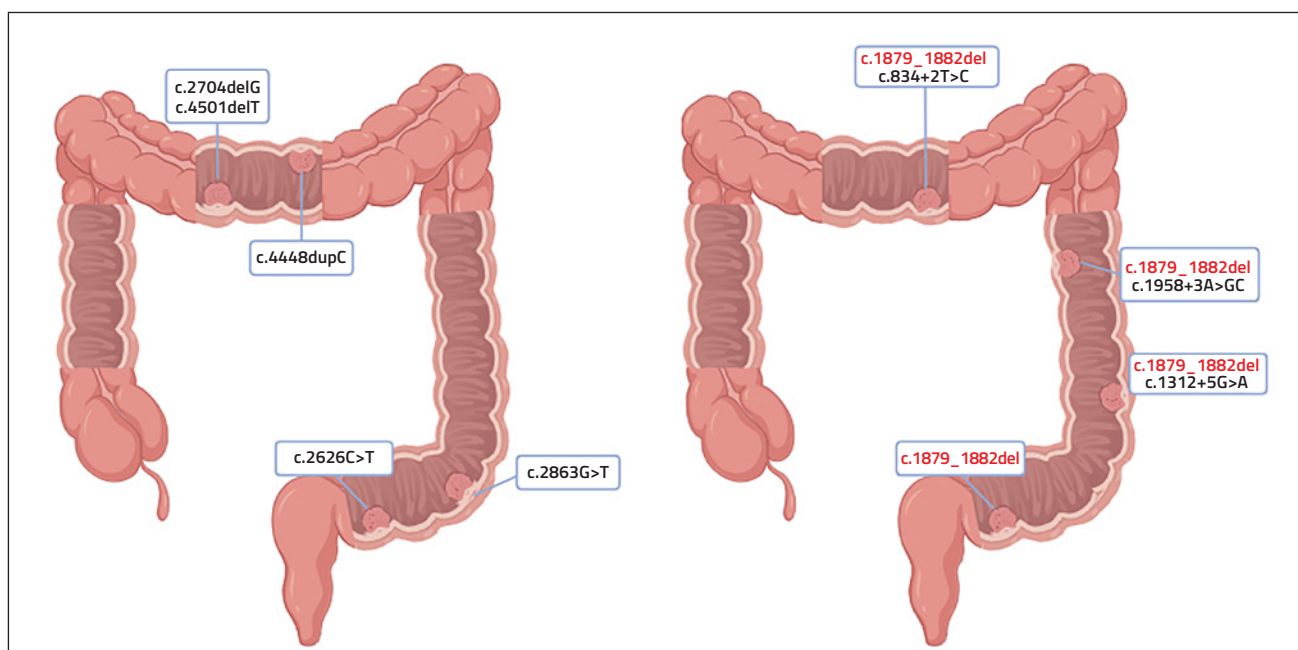
In deze multicenter studie, met patiënten geïncludeerd vanuit het LUMC (n=462), UMCG (n=35) en EMC (n=44), is DNA uit gemiddeld vier adenomen per patiënt geanalyseerd middels targeted Next Generation Sequencing. De gevon-

den pathogene varianten in het *APC* gen werden vergeleken tussen de geanalyseerde adenomen. Indien alle adenomen dezelfde *APC* variant heeft wordt gesproken van een *APC* mozaïek, zie figuur 1. In geval van een *APC* mozaïek werden ook andere weefsels geanalyseerd om de uitgebreidheid van het mozaïcisme te beoordelen.

Bevindingen

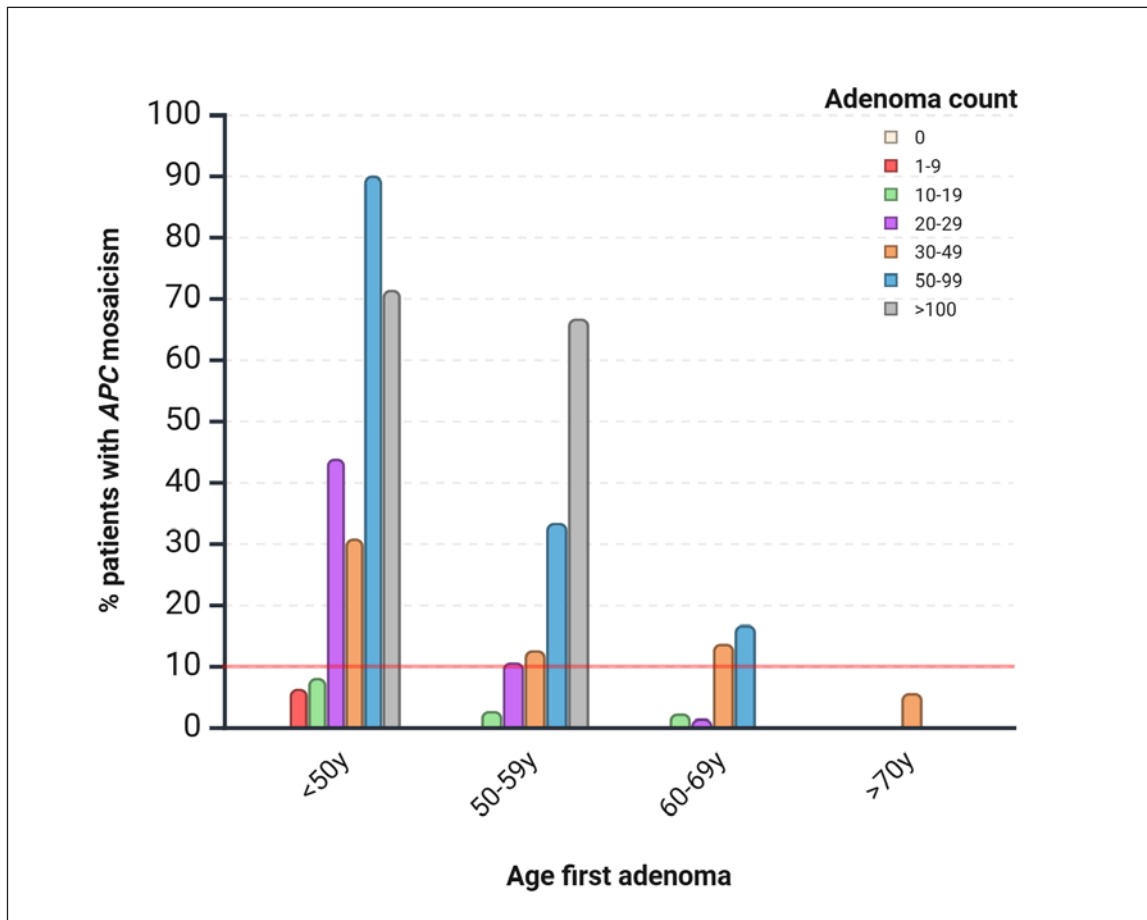
Een *APC* mozaïek werd gedetecteerd in 51 (9.4%) van de patiënten. Deze detectiegraad is 14% in de groep patiënten die op basis van leeftijd en aantal adenomen voldoen aan de Nederlandse criteria voor kiembaan DNA-testen. Zoals in figuur 2 te zien, wordt een detectiegraad van $\geq 10\%$ gevonden in patiënten met ≥ 20 adenomen op een leeftijd jonger dan 60 jaar of ≥ 30 adenomen op een leeftijd jonger dan 70 jaar. In 26% van de *APC* mozaïek patiënten die een oesofagogastroduodenoscopie ondergingen werden gastro-duodenale poliepen gevonden. In een andere studie naar deze gastro-duodenale poliepen werd tevens de mozaïeke *APC* variant gevonden.⁴

Geen van de geteste kinderen van *APC* mozaïeke patiënten in dit cohort heeft de variant geërfd. Toch werd bij een van de twee mannelijke patiënten met een kinderwens bij wie sperma werd getest, de mozaïeke *APC* variant aangetroffen. Ten slotte werd bij 21% van de geteste patiënten dezelfde *APC* variant in meerdere, maar niet alle adenomen teruggevonden. Dit werd een 'hybride' mozaïek genoemd. Opmerkelijk is dat een groot deel van de hybride mozaïek-



Figuur 1. Voorbeelden *APC* mozaïek analyse uitslag. A) Alle geanalyseerde adenomen tonen verschillende *APC* mutaties, dus geen sprake van *APC* mozaïcisme. B) Alle geanalyseerde adenomen tonen dezelfde *APC* mutatie (in rood), dus *APC* mozaïek.





Figuur 2. Detectiegraad van APC mozaïcisme per leeftijd eerste adenoom en totaal adenoom aantal.

patiënten een terugkerende *APC* variant hebben die past bij de colibactine-geassocieerde mutatiesignatuur.⁵ In deze gevallen kunnen de adenomen (deels) worden verklaard door DNA-schade door specifieke colibactine-producerende bacteriën.

Conclusie en implicaties voor de toekomst

Gebaseerd op deze bevindingen wordt *APC* mozaïek analyse aanbevolen in patiënten met (1) ≥ 20 adenomen voor de leeftijd van 60 jaar of (2) ≥ 30 adenomen voor de leeftijd van 70 jaar.

Tevens laat deze studie de klinische relevantie van oesofago-gastroduodenoscopie en het testen van kinderen zien. De voorgestelde richtlijnen voor het testen *APC* mozaïek en hoe deze patiënten te vervolgen zullen een handvat zijn voor MDL-artsen en klinisch genetici.

Referenties

- 1 Terlouw D, et al. Declining detection rates for *APC* and bi-allelic *MUTYH* variants in polyposis patients, implications for DNA testing policy. *Eur J Hum Genet* 2020;28:222-230.
- 2 Mandl M, et al. A somatic mutation in the adenomatous polyposis coli (*APC*) gene in peripheral blood cells—implications for predictive diagnosis. *Hum Mol Genet* 1994;3:1009–11.
- 3 Jansen AM, et al. Distinct Patterns of Somatic Mosaicism in the *APC* Gene in Neoplasms From Patients With Unexplained Adenomatous Polyposis. *Gastroenterology* 2017;152:546-549 e3.
- 4 Terlouw D, et al. Exploring *APC* Mosaicism in Upper Intestinal Tract Adenomas. *JCO Precis Oncol.* 2025 Sep;9:e2500027.
- 5 Terlouw D, Suerink M, Boot A, et al. Recurrent *APC* Splice Variant c.835-8A>G in Patients With Unexplained Colorectal Polyposis Fulfilling the Colibactin Mutational Signature. *Gastroenterology* 2020;159:1612-1614.e5.

Gebruik van het PORSCH-algoritme leidt tot minder postoperatieve complicaties en een verbeterde langetermijnoverleving bij patiënten met pancreas- en periampullaire carcinomen.

Nederlandse samenvatting door: Drs. Kyra Prinsze, arts-onderzoeker, UMC Utrecht en St. Antonius ziekenhuis, dr. Thijs Schouten, huisarts, dr. Jasmijn Smits, aios chirurgie, het Diaconessenhuis en UMC Utrecht, en prof. dr. Hjalmar van Santvoort, HPB-chirurg, UMC Utrecht en St. Antonius ziekenhuis.

Achtergrond

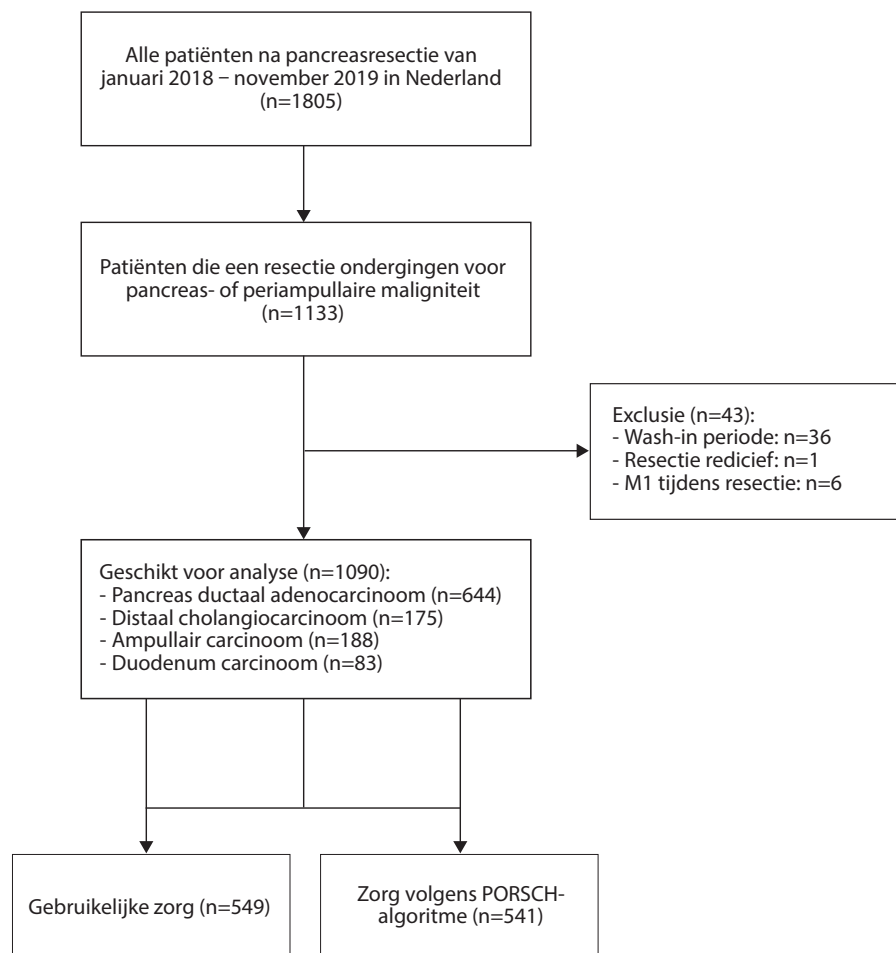
Pancreasresecties vormen een essentieel onderdeel van de curatieve behandeling voor pancreas- en periampullaire tumoren. Deze resecties hebben echter een hoog risico op postoperatieve complicaties, zoals bloedingen, orgaanfalen en overlijden. De landelijke, stepped-wedge clustergerandomiseerde PORSCH-trial toonde aan dat postoperatieve zorg volgens een algoritme voor vroegtijdige herkenning en minimaal invasieve behandeling van complicaties het aantal kortetermijncomplicaties na pancreasresecties significant verminderde. Hierbij werd onder andere een reductie van 50% in 90-dagen mortaliteit gezien.

Verschillende studies hebben gesuggereerd dat postoperatieve complicaties ook een negatieve invloed hebben op de langetermijnoverleving bij diverse kanker-soorten, waaronder hepatocellulair, colorectaal, maag- en pancreas-carcinoom. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn onder andere vertraging bij de start van, of het niet kunnen ontvangen van, adjuvante chemotherapie, of de noodzaak tot minder intensieve behandeling door een verminderde conditie van de patiënt. Daarnaast kunnen complicaties leiden tot de productie van pro-inflammatoire cytokines, die het immuunsysteem onderdrukken en mogelijk de groei van resterende tumorcellen stimuleren. Wij verwachtten dat het PORSCH-

algoritme, door het verminderen van directe postoperatieve complicaties, ook zou leiden tot verbeterde langetermijnoverleving. Daarom vergeleken wij de oncologische langetermijntoekomst na pancreasresecties tussen patiënten die postoperatief volgens het PORSCH-algoritme werden behandeld en patiënten die gebruikelijke zorg kregen.

Methoden

Langetermijn oncologische uitkomsten werden geëvalueerd bij alle patiënten uit de PORSCH-trial (8 januari 2018 tot 9 november 2019; Nederlands Trial Register NL6671), die een pancreasresectie ondergingen voor pancreas ductaal adenocarcinoom (PDAC), distaal cholangiocarcinoom, ampul van Vatercarcinoom of duodenumcarcinoom in Nederlandse



Figuur 1. Flowchart van de patiëntselectie.



pancreascentra binnen het netwerk van de Dutch Pancreatic Cancer Group. Met behulp van Cox proportional hazards regressie werd de algehele overleving vergeleken tussen algoritme-gebaseerde zorg en gebruikelijke zorg, gecorrigeerd voor kalendertijd, ziekenhuisvolume en ziekenhuisniveau (als frailty-term). Er werd gecorrigeerd voor baselinefactoren geassocieerd met langetermijnoverleving, waaronder leeftijd bij diagnose, geslacht, ASA-score, preoperatieve CA19-9, neoadjuvante therapie, vasculaire resectie, postoperatieve tumorgrootte, aantal positieve lymfeklieren, perineurale invasie, tumordifferentiatie en resectiemargestatus.

Daarnaast werden verschillen in restricted mean survival time (RMST) geschat tussen beide groepen. RMST is de gemiddelde overleving binnen een vaste follow-upperiode. Het verschil in RMST tussen groepen geeft het verschil in gemiddelde overleving over die periode weer. Vooraf gedefinieerde subgroepanalyse werd uitgevoerd voor patiënten met PDAC.

Bevindingen

In totaal werden 1090 patiënten geïncludeerd, waarvan 644 (59%) met PDAC, 175 (16%) met distaal cholangiocarcinoom, 188 (17%) met ampullair carcinoom en 83 (8%) met duodenumcarcinoom. Per 1 januari 2024 bedroeg de mediane follow-up 56 maanden (IQR 48–63) in de groep met gebruikelijke zorg (n=549) en 48 maanden (IQR 35–53) in de groep met algoritme-gebaseerde zorg (n=541). De ongecorrigeerde mediane algehele overleving was 24 maanden (95% BI 22–28) in de groep met gebruikelijke zorg en 26 maanden (95% BI 24–30) in de groep met algoritme-gebaseerde zorg.

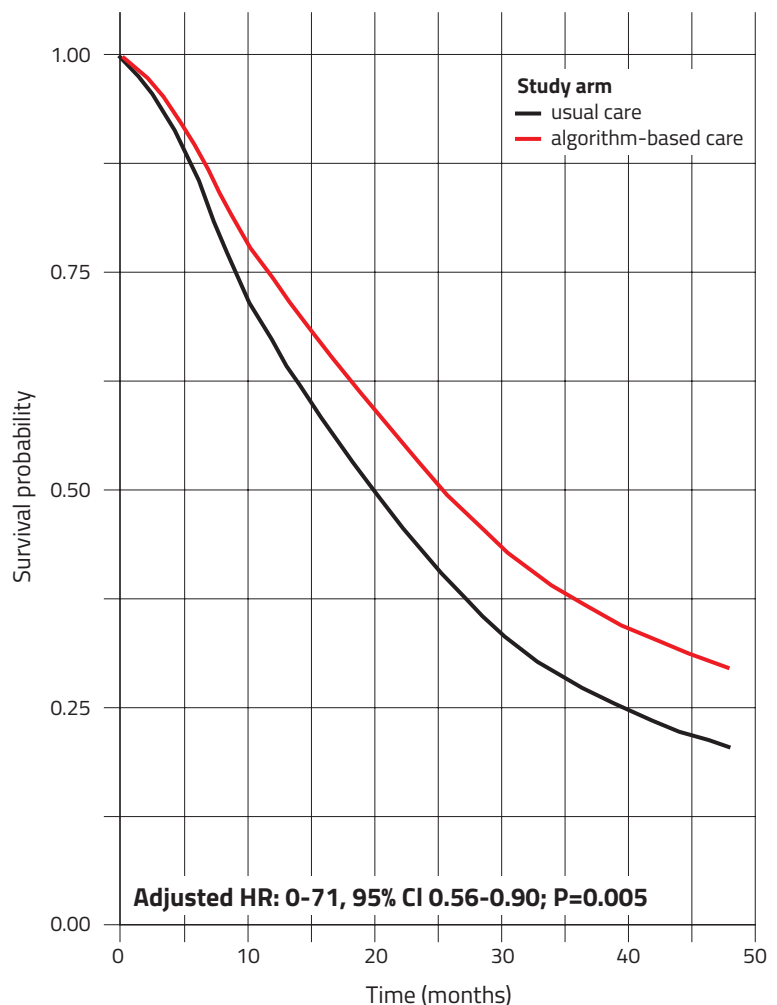
Zorg volgens het PORSCH-algoritme was geassocieerd met een betere algehele overleving (ongecorrigeerde HR 0,85; 95% BI 0,71–1,02; P=0,076; gecorrigeerde HR 0,76; 95% BI 0,62–0,93; P=0,009). Het gecorrigeerde verschil in RMST voor algehele overleving over 36 maanden bedroeg 2,1 maanden (95% BI 0,6–3,7; P=0,008), in het voordeel van algoritme-gebaseerde zorg. De verschillen in algehele overleving waren het meest uitgesproken bij patiënten met PDAC (ongecorrigeerde HR 0,78;

95% BI 0,62–0,97; P=0,028; gecorrigeerde HR 0,71; 95% BI 0,56–0,90; P=0,005). In deze subgroep was het gecorrigeerde RMST-verschil tot 36 maanden 2,5 maanden (95% BI 0,8–4,2; P=0,005), in het voordeel van algoritme-gebaseerde zorg.

Conclusies en implicaties voor de toekomst

Gebruik van het PORSCH-algoritme leidt niet alleen tot minder complicaties na pancreasresecties, maar is ook geassocieerd met verbeterde langetermijnoverleving bij patiënten met pancreas- en periampullaire carcinomen.

Hoewel de overlevingswinst van circa drie maanden bij patiënten met een pancreascarcinoom behandeld volgens het PORSCH-algoritme bescheiden lijkt, achten wij dit klinisch relevant gezien de slechte prognose van deze tumoren.



Figuur 2. Gecorrigeerde Kaplan-Meier- en Cox proportional hazards-analyses voor algehele overleving bij 644 patiënten met geresecteerd pancreas ductaal adenocarcinoom.

De 10-jaar follow-up van de LIR!C studie

Nederlandse samenvatting door: Anouck Haanappel, arts-onderzoeker Chirurgie Amsterdam UMC en Lotte Oldenburg, arts-onderzoeker MDL Amsterdam UMC.

Achtergrond

Bij patiënten met de ziekte van Crohn die beperkt is tot het terminale ileum, wordt na falen van conventionele therapie vaak gestart met biologicals zoals infliximab. De oorspronkelijke LIR!C-studie, waarbij patiënten werden gerandomiseerd tussen ileocoecaal resectie of infliximab, liet echter zien dat laparoscopische ileocoecale resectie (ICR) een veilig en effectief alternatief is, met vergelijkbare kwaliteit van leven op korte termijn.⁽¹⁾ De 5-jaars follow-up bevestigde dat chirurgie bij een groot deel van de patiënten leidde tot langdurige remissie zonder aanvullende behandeling.⁽²⁾ Het doel van de huidige studie is om de lange termijn therapievrije en klinische remissie uitkomsten te onderzoeken.

Methoden

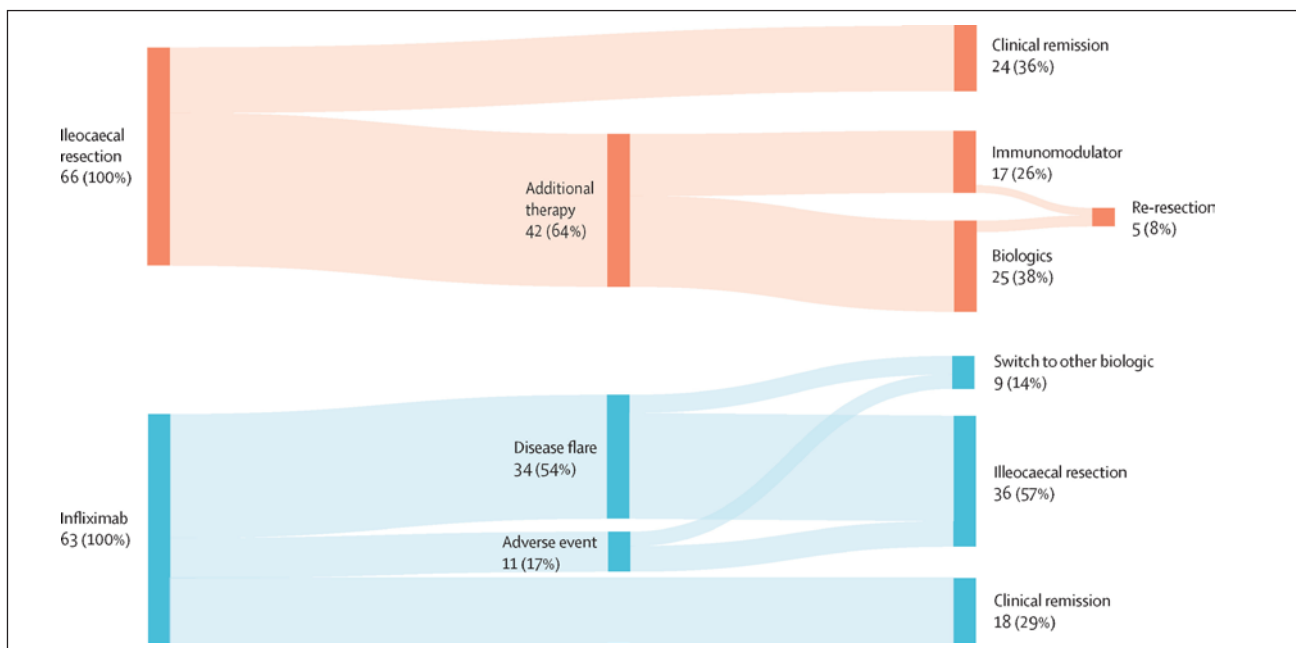
Voor deze retrospectieve follow-up werden patiënten geïncludeerd die eerder deelnamen aan de originele LIR!C-trial, waarin ICR werd vergeleken met infliximab bij volwassenen met niet-stenoserende, niet-penetrerende ileale Crohn. Medische gegevens uit patiëntendossiers werden verzameld vanaf het einde van de oorspronkelijke studie tot het meest recente polikliniekbezoek. De belangrijkste uitkomsten waren therapievrije remissie (klinische remissie zonder noodzaak voor aanvullende Crohn-gerelateerde behandeling) en klinische remissie na 10 jaar.

Bevindingen

In totaal waren van 129 van de 143 oorspronkelijk geïncludeerde patiënten lange termijngegevens beschikbaar. 66 patiënten werden gerandomiseerd naar de ileocoecaal resectie groep en 63 naar de infliximab groep. De mediane follow-upduur bedroeg 11 jaar. De therapievrije remissie was in de ICR groep significant hoger dan in de infliximab groep (35.8% vs 13.2%). Dit betekent dat meer dan één op de drie geopereerde patiënten tien jaar later nog steeds zonder aanvullende Crohn-medicatie of heroperatie in remissie was. De klinische remissie was vergelijkbaar tussen de twee groepen (ICR 35.8%, IFX 28.4%). De interactie analyse toonde echter wel dat jongere patiënten extra voordeel leken te hebben van chirurgie: bij een 20-jarige was de geschatte kans op 10-jaars klinische remissie 50% na chirurgie, tegenover 24% na infliximab. Daarnaast bleek dat 57% van de patiënten die aanvankelijk infliximab kregen, uiteindelijk alsnog een ICR onderging.

Conclusie en implicaties voor de toekomst

De 10-jaars follow-up van de LIR!C-studie laat zien dat vroege ileocoecaal resectie bij geselecteerde patiënten met beperkte ileale Crohn een aantrekkelijk en duurzaam behandelalternatief is. Chirurgie biedt een grotere kans op langdurige medicatievrije remissie dan infliximab en lijkt vooral bij jonge patiënten een langduriger effect te hebben. Deze resultaten ondersteunen een verschuiving in de behandeling van Crohn: chirurgie zou niet langer alleen als laatste redmiddel moeten worden gezien, maar ook vroegtijdig besproken moeten worden als volwaardige behandeloptie.



Figuur 1. Sankey plot van de participanten tijdens de totale follow-up periode.

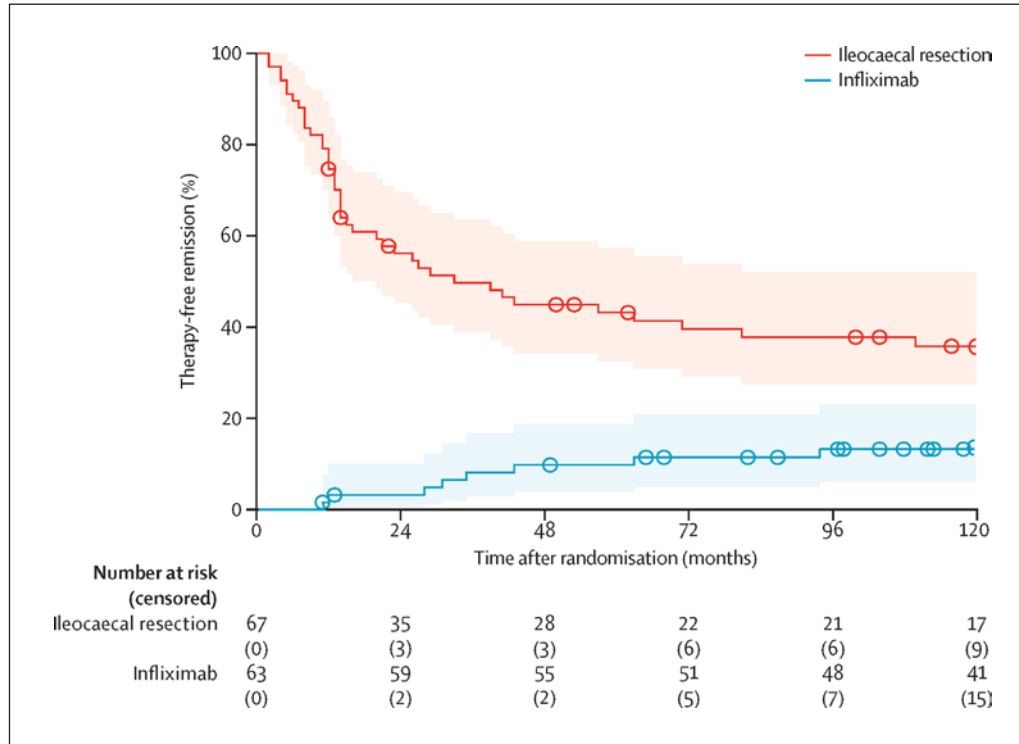


Goede multidisciplinaire samenwerking en gezamenlijke besluitvorming met de patiënt blijven hierbij essentieel.

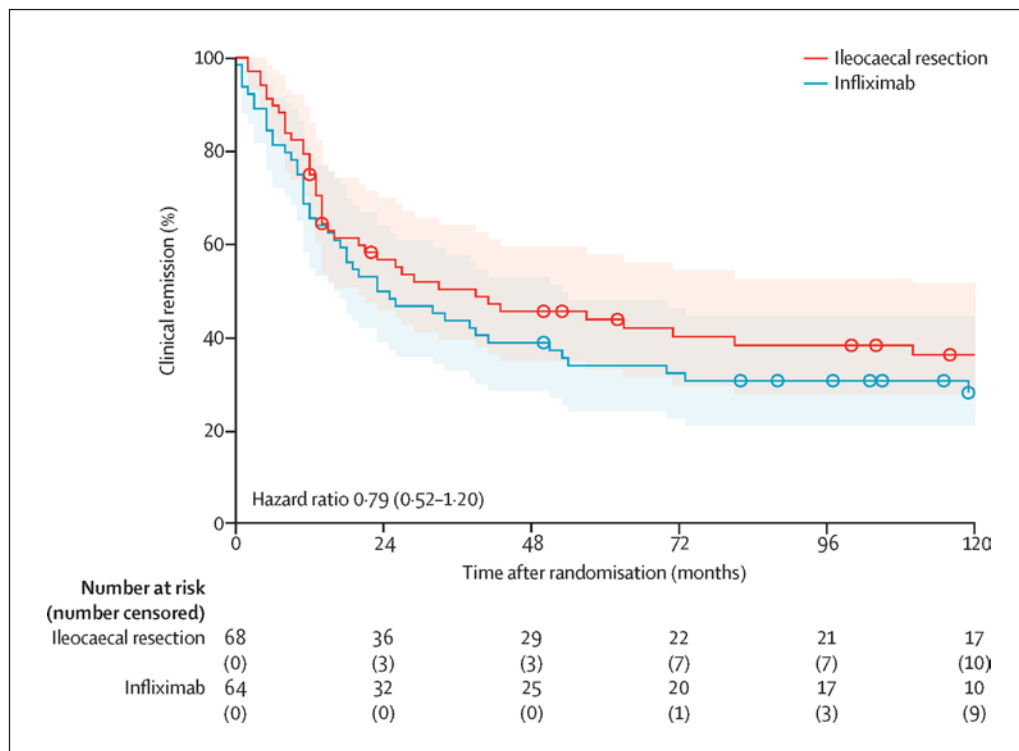
Referenties

1. Ponsioen, C. Y., et al (2017). Laparoscopic ileocaecal resection versus infliximab for terminal ileitis in Crohn's disease: a randomised controlled, open-label, multicentre

trial. *The lancet. Gastroenterology & hepatology*, 2(11), 785–792. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(17\)30248-0](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(17)30248-0)
 2. Stevens, T. W., et al (2020). Laparoscopic ileocaecal resection versus infliximab for terminal ileitis in Crohn's disease: retrospective long-term follow-up of the LIRIC trial. *The lancet. Gastroenterology & hepatology*, 5(10), 900–907. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30117-5](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30117-5)



Figuur 2. Kans (probability) op therapievrije remissie over de tijd bij patiënten behandeld met een ileocaecaal resectie kregen (rood) of infliximab therapie (blauw).



Figuur 3. Kans (probability) op klinische remissie over de tijd bij patiënten behandeld met een ileocaecaal resectie kregen (rood) of infliximab therapie (blauw). Klinische remissie werd gedefinieerd als het continueren van de initiële therapie (ileocaecaal resectie of infliximab) zonder noodzaak tot aanvullende Crohn-gerelateerde behandeling.

Sectie Oncologie

Tumor Debulking in Combination With Chemotherapy in Multiorgan Metastatic Colorectal Cancer: The ORCHESTRA Randomized Clinical Trial

Referentie: Gootjes EC, Bakkerus L, Adhin AA, Zonderhuis BM, Versteeg KS, Tuynman JB, Meijerink MR, Haasbeek CJA, de Wilt JHW, Grunhagen DJ, Smit EJ, Primrose JM, Bridgewater J, van Meerten E, de Groot JB, Hendriks MP, Oomen-de Hoop E, Buffart TE, Verhoef C, Verheul HMW; ORCHESTRA Study Group. Tumor Debulking in Combination With Chemotherapy in Multiorgan Metastatic Colorectal Cancer: The ORCHESTRA Randomized Clinical Trial. JAMA. 2026 Mar 16:e261929. doi: 10.1001/jama.2026.1929. Epub ahead of print. PMID: 41837962.

Door: Dr. Fanny Vuik, AIOS MDL, Erasmus MC. en Dr. Judith Honing, MDL-arts, Erasmus MC.

Lokale behandelingen worden steeds vaker toegepast bij uitgebreide metastasen van gemetastaseerd colorectaal carcinoom (mCRC), mede doordat verbeterde systemische therapieën de mediane overleving hebben verlengd tot meer dan 30 maanden. Hoewel retrospectieve studies suggereren dat deze combinatie de overleving kan verbeteren, ontbreekt bewijs. Deze studie onderzoekt daarom of tumor debulking bovenop standaard palliatieve systemische chemotherapie leidt tot een betere algehele overleving met tenminste 6 maanden bij patiënten met multiorgaan mCRC.

Studieresultaten

Deze fase 3 open-label, multicenter, gerandomiseerde studie includeerde tussen 2013 en 2023 patiënten met multiorgaan mCRC bij wie $\geq 80\%$ tumordebulking haalbaar werd geacht middels chirurgische resectie, radiotherapie en/of thermische ablatie therapie voorafgaand aan de start van eerstelijns palliatieve chemotherapie. Multiorgaan mCRC werd gedefinieerd als metastasen in minimaal twee verschillende organen en bij betrokkenheid van de lever ten minste twee extrahepatische metastasen, óf

één extrahepatische laesie op een bekende prognostische ongunstige locatie (onder andere para-aortale klier, bijnier). Na een initiële respons of stabiele ziekte op chemotherapie werden patiënten 1:1 gerandomiseerd naar voortzetting van chemotherapie of naar tumordebulking gevolgd door chemotherapie. De primaire uitkomst was algehele overleving. Secundaire uitkomsten waren progressievrije overleving en ernstige bijwerkingen. Van de 382 patiënten werden 192 patiënten gerandomiseerd naar chemotherapie alleen en 190 naar tumordebulking met chemotherapie. Na een mediane follow-up van 32,3 maanden, was de mediane overleving 27,5 maanden in de chemotherapiegroep versus 30,0 maanden in de debulkinggroep (HR 0.88; 95% CI 0.70-1.10; $p=0.26$). De mediane progressievrije overleving was ook vergelijkbaar (10,4 vs 10,5 maanden; HR 0.83; 95% CI 0.67-1.02; $p=0.08$). Ernstige bijwerkingen kwamen vaker voor in de debulkinggroep dan in de chemotherapiegroep (53% vs 39%; $p=0.006$).

Klinische toepassing

De ORCHESTRA studie laat zien dat tumordebulking in combinatie met palliatieve chemotherapie geen verbetering geeft in overleving noch progressievrije overleving. De onderzoekers stellen dan ook dat toevoeging van tumordebulking geen standaardbehandeling moet worden bij patiënten met multiorgaan mCRC. Deze studie is niet ontworpen voor patiënten met een beperkte metastatische ziektelast en de resultaten moeten daarom met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd voor deze subgroep.



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 **Esther Toes-Zoutendijk** deze vragen gesteld.

De gouden vraag van Esther:

De vraag die ik het liefst nog zou willen beantwoorden is wat de optimale screeningsstrategie is voor het Nederlandse bevolkingsonderzoek darmkanker, waarbij rekening wordt gehouden met zowel deelname als individueel risico.

Bij het bevolkingsonderzoek darmkanker nodigen we de hele doelgroep uit op een bepaalde leeftijd, terwijl slechts een klein deel daadwerkelijk profiteert. Dit maakt de harm–benefit ratio verschillend voor personen (1). Dit draagt bij aan de kritiek dat screening kan leiden tot medicalisering van gezonde mensen en mogelijk extra druk op de zorg. Door screening veel preciezer te richten op mensen met een daadwerkelijk verhoogd risico, kunnen we de gezondheidswinst vergroten, onnodige belasting verminderen en beschikbare middelen efficiënter inzetten. Daarnaast ontbreekt nog inzicht in de balans tussen voor- en nadelen van darmkankerscreening bij personen die altijd meedoen. Dit roept de vraag op in hoeverre doorgaan met screening zinvol is, bijvoorbeeld bij personen die negen keer een FIT hebben ingeleverd. Hier kunnen we pas over enkele jaren antwoord opgeven.

Eerste belangrijkste stappen op het gebied van risicostratificatie zijn al wel gezet. We kunnen op basis van Hb in voorgaande screeningsronde, bepalen welke groep personen een verhoogd risico heeft op darmkanker (2,3). In de PERFECT FIT trial stratificeren we uitsluitend op Hb in de voorgaande screeningsronde, waarbij de interventiegroep wordt ingedeeld in drie risicogroepen (4). De resultaten van deze trial krijgen we juli 2026. Voor de RCT zijn personen opgedeeld in drie risicogroepen, met elk een eigen uitnodigingsintervallen. Maar de beste indeling van risicogroepen en de optimale screeningsstrategie moet nog verder worden uitgezocht. Daarnaast is nog weinig bekend over de prognostische waarde van Hb in de ontlasting binnen verschillende subpopulaties, zoals patiënten met diabetes type II.



Esther Toes-Zoutendijk

Met unlimited resources – maar misschien is het meer mijn droom als epidemioloog dat ik ongelimiteerde toegang heb tot gegevens uit landelijke registraties en deze aan elkaar kan linken – zou ik alle relevante registraties koppelen, zodat naast Hb in de ontlasting in voorgaande rondes, demografische gegevens, comorbiditeit, medicatie, tumorgegevens, zorgconsumptie, mogelijk genetische gegevens en wie wat nog meer, samen analyseren om te beantwoorden, wie, hoe vaak, hoe lang en hoe intensief gescreend kan worden.

Een tweede belangrijke vraag die ik nog wil beantwoorden – als fulltime onderzoeker mag ik vast wel twee onderzoeksdromen hebben – is of de data die via screening wordt verzameld, zoals Hb, ook kan worden ingezet om andere ziekten vroegtijdig op te sporen, bijvoorbeeld nog niet gediagnosticeerde chronische aandoeningen of andere maligniteiten. Daarmee zouden de baten van het bevolkingsonderzoek verder kunnen worden vergroot, door voorbij de grenzen van de darmkankerscreening of zelfs MDL aandoeningen te kijken en beschikbare data breder te benutten.

Kortom: met de rijkdom aan data die we in Nederland al hebben door mooie landelijke registraties, én de middelen om deze optimaal te ontsluiten en analyseren, kunnen we enorme stappen zetten richting écht gepersonaliseerde screening én mogelijk zelfs bredere gezondheidswinst buiten darmkanker alleen. Dat houdt mij als epidemioloog nog wel even bezig in de komende jaren.



DE GOUDEN RESEARCH VRAAG

- 1) Toes-Zoutendijk E, van de Schootbrugge-Vandermeer HJ, Katsara MA, de Jonge L, Spaander MCW, van Vuuren AJ, van Kemenade FJ, Dekker E, Nagtegaal ID, van Leerdam ME, Lansdorp-Vogelaar I, Meester RGS. Harm-to-Benefit Ratio of Fecal Immunochemical Test-Based Screening for Colorectal Cancer Given Prior Fecal Hemoglobin Concentrations. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2025;23(4):653-661.e3.
- 2) Meester RGS, van de Schootbrugge-Vandermeer HJ, Breekveldt ECH, de Jonge L, Toes-Zoutendijk E, Kooyker A, Nieboer D, Ramakers CR, Spaander MCW, van Vuuren AJ, Kuipers EJ, van Kemenade FJ, Nagtegaal ID, Dekker E, van Leerdam ME, Lansdorp-Vogelaar I; Dutch colorectal cancer screening working group. Faecal occult blood loss accurately predicts future detection of colorectal cancer. A prognostic model. *Gut.* 2023;72(1):101-108.
- 3) van den Berg DMN, van den Puttelaar R, de Jonge L, Lansdorp-Vogelaar I, Toes-Zoutendijk E. Fecal Hemoglobin Levels in Prior Negative Screening and Detection of Colorectal Neoplasia: A Dose-Response Meta-Analysis. *Gastroenterology.* 2025;168(3):587-597.
- 4) Breekveldt ECH, Toes-Zoutendijk E, de Jonge L, Spaander MCW, Dekker E, van Kemenade FJ, van Vuuren AJ, Ramakers CRB, Nagtegaal ID, van Leerdam ME, Lansdorp-Vogelaar I. Personalized colorectal cancer screening: study protocol of a mixed-methods study on the effectiveness of tailored intervals based on prior f-Hb concentration in a fit-based colorectal cancer screening program (PERFECT-FIT). *BMC Gastroenterol.* 2023;23(1):45.

PhD Network Summer School: *How to handle* Vrijdag 5 juni 2026 | Vergadercentrum Vredenburg, Utrecht



Programma:

10:00-10:30 Inloop met koffie en thee

10:30-11:30

Know your rights: wat zijn jouw rechten en plichten als promovendus?

Door Aranka van Wesemael namens Promovendi Netwerk Nederland (PNN)



11:30-12:30

Workshop Pitchen en presenteren met zelfvertrouwen

Door Michael Glennon, trainer in academisch Engels, business Engels en wetenschapscommunicatie



12:30-13:15 Lunch

13:15-14:45

Workshop 'Druk, Druk, Druk...': handvatten voor een gezonde werk-privébalans

Door Maarten Nuver, acute internist en intensivist Meander MC, mede-oprichter Arts in Balans



14:45-15:00 Koffie en theepauze

15:00-16:00

Workshop Solliciteren voor een medische vervolgopleiding

Door Sylvester Groen, MDL-arts MUMC+



STUDIE IN DE SPOTLIGHT

CROSSROADS – landelijke de-escalatie van de behandeling van lokaal verwijderde coloncanceren

Achtergrond

Het aantal lokaal verwijderde coloncanceren is sinds de invoering van het bevolkingsonderzoek sterk toegenomen.^{1,2} Tot voor kort was een complementerende oncologische resectie de standaard vervolgbehandeling bij aanwezigheid van één of meer histologische risicofactoren. Dit had als belangrijkste doel eventuele lymfekliermetastasen te verwijderen. Dit beleid leidt echter tot aanzienlijke overbehandeling: lymfekliermetastasen worden slechts bij 10–20% van de patiënten gevonden, terwijl chirurgie gepaard gaat met substantiële morbiditeit en 1% mortaliteit.^{3,4} Recente observationele studies laten zien dat actieve follow-up met salvage-chirurgie bij een recidief resulteert in een vergelijkbare kankerspecifieke overleving.⁵⁻⁷

Op basis van dit groeiende bewijs is module 5.2 van de landelijke CRC-richtlijn in maart 2025 aangepast. Voor patiënten met een lokale excisie van een coloncancer met een geschat lymfekliermetastaserisico van 5–15% is actieve follow-up nu de standaardbehandeling. Voor patiënten met een risico van 15–25% wordt een keuze gemaakt tussen actieve follow-up en complementerende resectie, in een gedeeld besluitvormingsproces. Ter ondersteuning zijn informatieve video's en een keuzekaart ontwikkeld. Deze zijn voor iedereen te gebruiken en te vinden op <https://t1crc.com/t1-crc-protocol/>. De implementatie en uitkomsten van deze richtlijnwijziging worden landelijk gemonitord binnen het CROSSROADS-project.

Bijzondere aanpak

Van wetenschappelijke studie tot implementatie van een gewijzigde richtlijn duurt lang, vaak wel 15 jaar.⁸ Dit kan anders en daarom is in samenwerking met vele specialisten verspreid over Nederland, de FMS, ZE&GG en ZonMw voor de CROSSROADS een nieuwe strategie toegepast. Het beleid, de richtlijn, is al aangepast maar wordt landelijk zorgvuldig gemonitord op oncologische uitkomsten (belangrijkst: 5-jaars kankerspecifieke overleving). CROSSROADS = richtlijn (5.2 van CRC). Maar dat niet alleen, ook wordt de kwaliteit van leven en kosteffectiviteit gemeten. Momenteel doen er al bijna 60 ziekenhuizen mee. De studie biedt nationaal inzicht in de veiligheid van de nieuwe richtlijn, maar geeft centra ook inzicht in hun eigen uitkomsten en worden uitgenodigd voor trainingen die de kwaliteit van follow-up verbeteren. Denk bijvoorbeeld aan terugkoppelingen van vragenlijsten over gedeelde besluitvorming, herkenning van recidieven op radiologie en endoscopie.

Mee doen of vragen over inclusies?

Neem contact met ons op!

crossroads@umcutrecht.nl | +31 88 75 60886

Meer informatie, actuele informatie over deelnemende centra en inclusies is te vinden op:

<https://zorgevaluatienederland.nl/evaluations/crossroads-1> en

<https://zorgevaluatienederland.nl/evaluations/crossroads-2>



Informatievideo's en keuzekaart via de QR code

Leon Moons, MDL-arts UMCU; Pieter Tanis, gastro-intestinaal chirurg EMC; Sjoerd Elias, epidemioloog Julius Centrum UMCU; Sen Verhoeve, arts-onderzoeker MDL UMCU.

Referenties

1. IKNL. Trendrapport darmkanker: dikkedarm- en endeldarmkanker in Nederland. 2024.
2. Hanevelt J, Van Erning FN, De Vos Tot Nederveen Cappel WH, Vleggaar FP, Van Westreenen HL, Moons LM. Trends over time and interhospital variation in the primary treatment approach for T1 colon carcinomas in the Netherlands. *Endoscopy*. 2025.
3. Song S, Dou L, Zhang Y, Liu X, Liu Y, He S, et al. Long-term outcomes of endoscopic or surgical resection in T1 colorectal cancer patients: a retrospective cohort study. *Surgical Endoscopy*. 2024;38(3):1499-511.
4. Vermeer NCA, Backes Y, Snijders HS, Bastiaannet E, Liefers GJ, Moons LMG, et al. National cohort study on postoperative risks after surgery for submucosal invasive colorectal cancer. *BJS Open*. 2019;3(2):210-7.
5. Ouchi A, Komori K, Masahiro T, Toriyama K, Kajiwara Y, Oka S, et al. How Does Omitting Additional Surgery After Local Excision Affect the Prognostic Outcome of Patients With High-risk T1 Colorectal Cancer? *Ann Surg*. 2024;279(2):290-6.
6. Levic K, Bulut O, Hansen TP, Gögenur I, Bisgaard T. Malignant colorectal polyps: endoscopic polypectomy and watchful waiting is not inferior to subsequent bowel resection. A nationwide propensity score-based analysis. *Langenbeck's Archives of Surgery*. 2019;404(2):231-42.
7. Nilsson E, Wetterholm E, Syk I, Thorlacius H, Rönnow C-F. Risk of recurrence in high-risk T1 colon cancer following endoscopic and surgical resection: registry-based cohort study. *BJS Open*. 2024;8(3).
8. Coenen P, De Wind A, Van De Ven P, De Maaker-Berkhof M, Koes B, Buchbinder R, et al. The slow de-implementation of non-evidence-based treatments in low back pain hospital care—Trends in treatments using Dutch hospital register data from 1991 to 2018. *European Journal of Pain*. 2023;27(2):212-22.

Revisie richtlijn erfelijke darmkanker, lynch syndroom en polyposis samengevat: wat is er nieuw

M. Nielsen, klinisch geneticus LUMC

De herziene richtlijn erfelijke darmkanker (Lynch syndroom en polyposis) is voor de tweede keer aangepast sinds de eerste versie uit 2008. Een belangrijke vernieuwing is de modulaire opbouw, waardoor toekomstige aanpassingen eenvoudiger per onderdeel kunnen plaatsvinden.

Module 1: Diagnostiek en verwijzing

Wanneer IHC MMR voor Lynch detectie

Binnen de module diagnostiek en verwijzing ligt de nadruk op bredere herkenning van het Lynch syndroom. Immunohistochemisch (IHC) onderzoek naar MMR-eiwitten wordt niet langer alleen aanbevolen bij colorectaal (CRC)- en endometriumcarcinoom (EC), maar ook bij een aantal andere Lynch-gerelateerde tumoren. Dit betreft onder andere niet-sereus ovariumcarcinoom (OC), urotheelcelcarcinoom (UCC) van de hogere urinewegen, talgkliertumoren en dunne darmkanker onder de 70 jaar. Daarnaast wordt dit onderzoek geadviseerd bij pancreas-, galweg-, maag- en blaaskanker onder de 50 jaar.

De verwijscriteria naar de klinische genetica zijn iets aangepast. Patiënten tussen de **50 en 70 jaar** met een MMR-deficiënte tumor zonder MLH1-promotormethylatie moeten worden verwezen. In de leeftijdsgroep **40–49 jaar** geldt een verwijzing ongeacht de methylatiestatus, omdat MLH1-methylatie op jongere leeftijd ook een erfelijke oorzaak kan hebben. **Onder de 40 jaar** is er altijd een indicatie voor verwijzing, zelfs wanneer de tumor MMR-proficiënt is. Tot slot blijft klinische alertheid belangrijk. Ook bij een normale IHC-uitslag kan verwijzing naar de klinische genetica worden overwogen, bijvoorbeeld bij meerdere primaire tumoren op jonge leeftijd, vroege kankerdiagnoses bij eerstegraads familieleden of een duidelijke familiale clustering van darmkanker. Zie de richtlijn voor een handige flowchart.

IHC MMR ouder dan 70 jaar?

Bij patiënten **ouder dan 70 jaar** wordt MMR-IHC niet standaard aanbevolen voor de detectie van het Lynch syndroom. Wanneer MMR-onderzoek toch wordt verricht, bijvoorbeeld in het kader van behandelkeuzes, is de kans op een onderliggend Lynch syndroom bij afwijkingen in MLH1 of MSH2 doorgaans klein, tenzij er aanvullende klinische of familiale aanwijzingen zijn.

Een uitzondering geldt voor afwijkingen in MSH6 of PMS2. Gezien de hogere leeftijd waarop dragers van deze varianten

gemiddeld worden gediagnosticeerd, kan bij een geïsoleerd verlies van MSH6 of PMS2 bij patiënten >70 jaar wél verwijzing voor kiembaandiagnostiek worden overwogen, mits alle vier de MMR-eiwitten zijn onderzocht.

Polyposis

Voor polyposis blijft het verwijzingsbeleid grotendeels ongewijzigd. Patiënten met **≥10** adenomen vóór het 60e jaar of **≥20** adenomen vóór het 70e jaar (cumulatief) dienen te worden verwezen naar de klinische genetica. Ook bij extracolonsche manifestaties passend bij een polyposissyndroom of bij een somatische KRAS c.34G>T-transversie (verdacht voor MUTYH-geassocieerde polyposis (MAP)) is verwijzing geïndiceerd.

Bij minder dan 10 poliepen onder de 40 jaar kan eventueel overlegd worden met de geneticus of verwijzing nodig/zinvol is.

Daarnaast wordt nu geadviseerd om, wanneer kiembaanonderzoek geen pathogene variant in bekende polyposisgenen aantoon, aanvullend onderzoek naar APC-mozaïcisme te verrichten bij **≥20** adenomen vóór het 60e jaar of **≥30** adenomen vóór het 70e jaar. Zie hiervoor ook het artikel op pagina 13 in deze DDD nieuws.

Module 2: Familiair colorectaal carcinoom

In de herziene richtlijn is voor familiair colorectaal carcinoom het risico voor eerstegraads familieleden gebaseerd op recente meta-analysen³. Voor personen met een meer dan 2,5-voudig verhoogd levenslang risico op CRC (≥10%) wordt 5 jaarlijks coloscopie geadviseerd vanaf 40 jaar. Dit geldt voor familieleden met één eerstegraads familielid met CRC onder de 50 jaar, of bij twee of meer eerstegraads familieleden met CRC onder de 70 jaar. Daarmee is de startleeftijd verlaagd ten opzichte van de vorige richtlijn (45 jaar), en vervalt het eerdere advies voor families met alleen een combinatie van eerste- en tweedegraads familieleden boven de 50 jaar.

De aanbevolen surveillance bestaat uit een coloscopie elke vijf jaar tussen het 40e en 80e levensjaar, waarbij de uiteindelijke duur afhankelijk blijft van de vitaliteit van de patiënt. Voor familieleden met een lager risico (<2,5-voudig verhoogd) is deelname aan het bevolkingsonderzoek darmkanker geadviseerd.

Nieuw is dat bij familieleden van patiënten met CRC op jonge leeftijd (onder de 40 jaar) een eenmalige coloscopie kan worden overwogen rond de leeftijd waarop de jongste diagnose in de familie is gesteld.

	CRC	EC	OC	UCC en blaas	Maag	Dunne darm, pancreas en galwegen, hersenen
<i>MLH1-LS</i>	30-60%	30-50%	5-15%	~5%	~5%	≤5%
<i>MSH2-LS</i>	30-60%	30-50%	10-20%	10-15%	5-10%	<5%
<i>MSH6-LS</i>	20-40%	20-50%	5-10%	<5%	<3%	<5%
<i>PMS2-LS</i>	5-15%	10-15%	Niet verhoogd	Niet verhoogd	Niet verhoogd	Niet verhoogd

Module 3: Lynch syndroom

De richtlijn heeft nieuwe risico tabellen voor CRC, OC en andere tumoren op basis van bestaande risicostudies. Deze zijn nu opgesplitst per gen. (Zie tabel hierboven.)

De surveillance en chirurgie adviezen voor CRC, EC, OC en andere Lynch gerelateerde tumoren zijn aangepast op basis van huidige literatuur en per gen toegelicht.

- Vanaf 25 jaar 1x per 2 jaar coloscopie voor *MLH1*- en *MSH2*-LS, vanaf 30 jaar voor *MSH6*-LS en vanaf 35 jaar voor *PMS2*-LS
- Van 40–60 jaar jaarlijks gynaecologisch onderzoek voor *MLH1/MSH2/MSH6*-LS; van 50–60 jaar voor *PMS2*-LS
- Overweeg profylactische hysterectomie + bilaterale adnexectomie bij *MLH1/MSH2/MSH6*-LS
- Test eenmalig op *Helicobacter pylori* bij *MLH1/MSH2/MSH6*-LS, bij positieve test: eradicatie
- Geen standaard surveillance voor urinewegen/blaas (gebrek aan sensitieve testen). Wel laagdrempelig verwijzen naar uroloog bij klachten (hematurie, dysurie, aandrang).
- Verwijs naar dermatoloog bij talgkliercarcinomen voor verdere surveillance
- Voor overige Lynch-gerelateerde tumoren: geen standaard surveillance

Chirurgie:

- *MLH1/MSH2*-LS: overweeg subtotale colectomie met ileorectale of ileosigmoidale anastomose. Bij oudere patiënten: segmentele resectie overwegen
- *MSH6/PMS2*-LS: bij voorkeur segmentele resectie

Bij vrouwen met *MLH1/MSH2/MSH6*-LS:

- Bespreek vanaf 40–45 jaar optie profylactische hysterectomie + bilaterale adnexectomie gelijktijdig met colonchirurgie

Er is een module toegevoegd aanbeveling over leefstijl en chemoprophylaxe. Alleen obesitas komt uit een grote meta-analyse als aangetoonde risico factor. Voor chemo profylactisch gebruik van Aspirine (600 mg) is nog geen standaard advies vanwege de onzekerheid over dosering, veiligheid en start/stopleeftijd.

Module 4: Adenomateuze polyposis

Er is een aanpassing in adviezen over controle *hogere tractus digestivus* bij familiale adenomateuze polyposis (FAP) en MAP. Allereerst is de aanbeveling dat de klinische zorg voor (A)FAP- en MAP-patiënten behoort plaats te vinden in een landelijk door VWS erkende expertisecentrum.

In het algemeen is advies om bovenste tractus endoscopische surveillance te starten:

- Bij patiënten met (A)FAP vanaf 25 jaar
- Bij patiënten met MAP vanaf 35 jaar

Zie voor verder adviezen de richtlijn.

Er is geen advies op basis van huidige studies om chemoprophylaxe bij patiënten met familiale adenomateuze polyposis (FAP) te starten als standaardbehandeling.

Module 5: Serrated polyposis en overige vormen van polyposis

Dit bevat een update van literatuur over DNA-onderzoek bij serrated polyposis syndroom (SPS), er is geen advies meer voor DNA-onderzoek.

1. Roos VH, Mangas-Sanjuan C, Rodriguez-Girondo M, Medina-Prado L, Steyerberg EW, Bossuyt PMM, Dekker E, Jover R, van Leerdam ME. Effects of Family History on Relative and Absolute Risks for Colorectal Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2019 Dec;17(13):2657-2667.e9. doi: 10.1016/j.cgh.2019.09.007. Epub 2019 Sep 13. PMID: 31525516.
2. Wong MCS, Chan CH, Lin J, Huang JLW, Huang J, Fang Y, Cheung WWL, Yu CP, Wong JCT, Tse G, Wu JCY, Chan FKL. Lower Relative Contribution of Positive Family History to Colorectal Cancer Risk with Increasing Age: A Systematic Review and Meta-Analysis of 9.28 Million Individuals. *Am J Gastroenterol.* 2018 Dec;113(12):1819-1827. doi: 10.1038/s41395-018-0075-y. Epub 2018 Jun 5. PMID: 29867176; PMCID: PMC6768593.



Initiative on Crohn and Colitis - Surgery (ICC S)

Samen sterker: naar een nationale onderzoeksagenda voor IBD De kracht van samenwerking tussen MDL artsen en IBD chirurgen

Oddeke van Ruler, chirurg IJsselland Ziekenhuis en Erasmus MC, Rotterdam

Froukje Hoogenboom, chirurg, Universitair Medisch Centrum Groningen, Groningen

Namens de Initiative on Crohn and Colitis - Surgery (ICC S)

De behandeling van inflammatoire darmziekten (IBD) is de afgelopen decennia ingrijpend veranderd. Met de komst van biologicals, small molecules en een toenemende focus op treat to target en gepersonaliseerde zorg, is de prognose voor veel patiënten aanzienlijk verbeterd. Tegelijkertijd is de complexiteit van de zorg toegenomen. De moderne IBD zorg vraagt meer dan farmacologisch vakmanschap: optimale timing van interventies, chirurgische samenwerking en definities en continue evaluatie van behandeluitkomsten zijn noodzakelijk.

Multicenter onderzoek als fundament

Nederland biedt uitstekende voorwaarden voor multicenter onderzoek. De korte afstanden tussen centra, goed georganiseerde EPD systemen en een nauwe beroepsgemeenschap maken het mogelijk om data snel te bundelen. Toch verloopt onderzoek nog te vaak gefragmenteerd. Studies naar bijvoorbeeld de escalatie van anti TNF therapie of optimalisatie van postoperatieve strategieën draaien regelmatig naast elkaar, zonder afstemming of gedeelde data. Laat staan dat we multidisciplinair volledige afstemming weten te vinden. Hiermee verliezen we niet alleen efficiëntie, maar ook wetenschappelijke kracht.

Wanneer centra vanaf het begin samenwerken binnen één onderzoeksstructuur, ontstaan cohorten van voldoende omvang en diversiteit om klinisch relevante conclusies te trekken die direct toepasbaar zijn in de spreekkamer. Landelijke en multidisciplinaire samenwerking is dus geen idealistisch streven, maar een klinische noodzaak.

ICC & ICC S: versterken door verbinding

Een belangrijk voorbeeld van structurele samenwerking is die tussen *Initiative on Crohn and Colitis (ICC)* en *Initiative on Crohn and Colitis -Surgery (ICC S)*. Deze laatste is als taskforce opgericht, in analogie van ICC, om de kwaliteit van chirurgische zorg voor IBD patiënten te verbeteren en de verbinding tussen chirurgie en MDL te versterken.

De ICC & ICC S fungeren als netwerk waarin IBD MDL-artsen en IBD-chirurgen elkaar vinden, expertise uitwisselen en samen met nieuwe onderzoeksinitiatieven opzetten. Chirurgische en medische data worden geïntegreerd om beter te bepalen wie, wanneer en onder welke omstandigheden en welke chirurgische interventie het meeste voordeel oplevert –

en hoe postoperatieve farmacologische strategieën daarop kunnen aansluiten.

Naast wetenschappelijk onderzoek vormt onderwijs een kernactiviteit van ICC S. De taskforce organiseert scholing voor chirurgen en MDL artsen, draagt bij aan landelijke bijeenkomsten en deelt internationale ontwikkelingen, zoals de highlights van het jaarlijkse Surgical ECCO. Zo wordt ICC S steeds meer een nationaal platform voor kennisuitwisseling en kwaliteitsverbetering binnen de chirurgische IBD zorgketen.

Voorbeelden van succesvolle gezamenlijke en multidisciplinaire wetenschappelijke projecten en initiatieven zijn de ALERT-CD studie naar actieve Crohnse perianale fistels, onderzoek naar prehabilitatie en het RAP-CD cohort. Echter, er zijn legio eerdere samenwerkingen tussen MDL en chirurgie die inmiddels hebben uitgemond in sterke wetenschappelijke bijdragen zoals de LIRIC trial, de PISA trial, de ACCURE en COSTA trials vanuit het Amsterdam Medisch Centrum. Uitkomsten die multidisciplinair geïnterpreteerd en geaccordeerd zijn maken meer impact op de praktijk en aldus voor de patiënt.

Richting één landelijke kennis- & onderzoeksagenda

De volgende stap is structurele integratie van multicenter data. Een gedeelde kennisagenda en daaruit voortkomen een landelijke onderzoeksagenda met een overzicht van lopende IBD studies inclusief inclusiecriteria en contactpersonen zou de drempel tot deelname verlagen. De NVMDL, NVGIC, ICC en ICC S kunnen hierin gezamenlijk de regie voeren ten aanzien van prioriteit en zorgen voor harmonisatie van protocollen, data definities en definities van uitkomsten.

De patiënt als leidraad

Voor ons als artsen betekent deelname aan multicenter onderzoek meer dan academische meerwaarde: het is onderdeel van goede klinische zorg. Door actief samen te werken, data te delen en de verbinding met onze collega's te versterken, vergroten we de kwaliteit en impact van Nederlands IBD onderzoek.

Nederland is klein genoeg om snel te schakelen – en groot genoeg om internationaal een verschil te maken. De uitdaging ligt voor ons: één IBD gemeenschap, één onderzoeksagenda, één doel – optimale zorg voor onze patiënten.

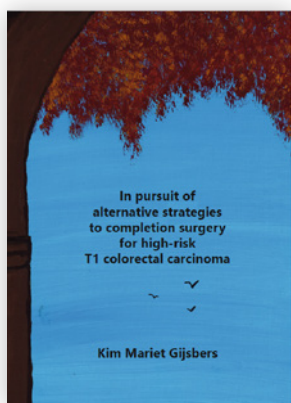
Donatie MDL Fonds

De NVGE en het MDL Fonds zetten samen alles op alles voor het voorkomen, vroeg opsporen, genezen en verlichten van MDL-ziekten. Wilt u als lid hieraan bijdragen? Doneren kan via de QR code



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 K.M. Gijbers.

K.M. Gijbers, 24 maart 2026, Utrecht

In pursuit of alternative strategies to completion surgery for high-risk T1 colorectal carcinoma

