



Ad Masclee benoemd
tot erelid van de NVGE

VOORWOORD

COLOFON

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

Redactieadres/Inlichtingen advertenties:

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

Secretariaat/

Ledenadministratie:

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

Lidmaatschap:

Aanmelden via www.nvge.nl

Opzegging:

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

Overname van gegevens uit DDD news is toegestaan met bronvermelding.

Vormgeving:

Venhuis Communicatie Producties

Omslagfoto:

Prof. dr. Ad. Masclee, erelid NVGE en dr. Patrick van der Veek, penningmeester NVGE.
Door: **Eric Borghs Photography**

ISSN: 2543-3075



Beste leden

Het jaar nadert zijn einde en dat vraagt – gewild of ongewild – om een moment van bezinning, van terugblikken en vooruitkijken. Wat is er terecht gekomen van de plannen en voornemens die we hadden? Hebben we waargemaakt wat we onszelf en anderen hebben beloofd? En hoe kunnen we leren van de momenten waarop het niet ging zoals we het ons hadden voorgesteld? Wat en waar kunnen we verbeteren? Deze vragen spelen niet alleen in ons persoonlijke leven een rol, maar ook in de politiek. Met de Tweede Kamer verkiezingen achter ons kunnen we concluderen dat Nederland

een kleine politieke aardverschuiving heeft doorgemaakt en de partijen die het politieke midden vertegenwoordigen verdrie- tot -viervoudigd zijn. Blijkbaar vonden we met z'n allen dat we niet op de ingezette koers door moeten en verschuift de richting, in hoop op betere tijden.

Ook het NVGE-bestuur staat open voor verandering en luistert naar haar achterban. Geluiden uit verschillende geledingen binnen onze vereniging en daarbuiten opperen mogelijkheden tot een andere invulling van de Digestive Disease Days in Veldhoven, zowel qua duur als inhoud. Deze signalen hebben aanleiding gegeven tot discussie binnen het bestuur over de huidige opzet van de DDD. Moeten we doorgaan met onze halfjaarlijkse, tweedaagse bijeenkomsten, voorafgegaan door MDL-update (voorheen cursorisch onderwijs)? Of is het ook voor ons tijd om het roer om te gooien? Graag wil het NVGE-bestuur de leden bij de besluitvorming betrekken en middels een enquête een aantal alternatieven aan u voorleggen. U kunt hierover medio januari een email verwachten; houdt uw Inbox dus goed in de gaten!

Tot die tijd kunnen we voldaan terugkijken op een prachtige, 'traditionele' najaarseditie van de DDD. Naast de gebruikelijke abstractsessies en symposia van de secties waren er goed bezochte Meet the Expert sessies over eosinofiele oesofagitis en FAP en konden ook de postersessies rekenen op een mooi bezoekersaantal. Hoogtepunten waren het jubileumsymposium van de Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren (STOET), de Tytgat-lecture, die ditmaal werd verzorgd door prof. dr. F. Carneiro van de afdeling Pathologie van de Universiteit van Porto over erfelijke diffuse maagkanker, en de uitreiking van het erelidmaatschap van de NVGE aan prof. dr. Ad Masclee voor zijn inzet voor ons vakgebied.

Ondertussen zijn de voorbereiding voor de voorjaarsvergadering alweer in volle gang. Hoewel de deadline voor het inzenden van abstracts op het moment van schrijven is verstreken, heeft u nog tot 1 januari 2026 de tijd om uw wetenschappelijke dissertatie in te sturen om in aanmerking te komen voor de gastro-intestinale proefschriftprijs, waarbij voor de winnaar €1.500 beschikbaar is en voor de 2e plaats €500. Ruim de moeite waard lijkt mij. Tevens is het nog tot 1 januari mogelijk om – door tenminste 2 leden van

Lees verder op pagina 4

INHOUD

Nieuws	5
Ins&Outs	7
Kennisgeving	9
Terugblik Casuïstiek	10
Terugblik DDD september	15
DDD Science	21
Research pitch	28
Landelijke werkgroep	29
MDL Fonds	30

CONGRESAGENDA 2025

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
Meer informatie

12 mei 2026

Casuïstische conferentie
Informatie

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

de NVGE – een collega aan te melden voor de recent in het leven geroepen Inspiratorprijs, voortgekomen uit de Frieda den Hartog Jager prijs. De Inspiratorprijs wordt eenmaal per 2 jaar uitgereikt en is bedoeld voor een lid van de vereniging die zich op een bijzondere wijze onderscheidt en een rolmodel is voor de jongere generatie. Details omtrent de aanmelding vindt u verderop in deze DDD news.

Rest mij nog u veel plezier toe te wensen bij het lezen van deze editie van DDD news. Ook ditmaal is er weer aandacht

voor mooi onderzoek van Nederlandse bodem, zoals de behandeling van diep submucosaal invasief rectumcarcinoom middels endoscopische intermusculaire dissectie, en de resultaten van de LADI-trial waarin het effect van een verlengd doserings-interval van Adalimumab bij patiënten met M. Crohn in remissie werd onderzocht. Ik wens u veel leesgenot, warme feestdagen, een gezellige jaarwisseling en alvast een kerngezond 2026!

Patrick van der Veek, penningmeester

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. 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.C.A.J. (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. M.D. (Michiel) Voskuil, *redactie DDD-news*
Dr. I.J.M. (Iris) Levink, *redactie DDD-news*
E.H. (Elyke) Visser, *namens PhD netwerk*

Erelidmaatschap NVGE voor prof. dr. Ad Masclee

Sinds jaar en dag is het de Algemene Ledenvergadering van de NVGE statutair vergund om – op voorstel van het bestuur – jaarlijks de titel ‘erelid’ toe te kennen aan een lid dat zich buitengewoon verdienstelijk heeft gemaakt voor het vakgebied MDL in het algemeen en daarvoor zowel nationaal als internationaal erkenning heeft gekregen. Welbekende collega's als prof. dr. Tytgat, prof. dr. Smout, prof. dr. Lamers en prof. dr. Mulder is deze eretitel in het verleden toegekend.

Tijdens de najaarsvergadering in Veldhoven mocht ik uit naam van de ALV het erelidmaatschap toekennen aan prof. dr. Ad Masclee. Velen zullen hem kennen als voorzitter van de NVMDL, een functie die hij ruim 6 jaar vervulde, en als vice-voorzitter van onze eigen NVGE. Zijn betekenis voor MDL Nederland reikt echter veel verder dan dat, blijkens zijn indrukwekkende staat van dienst. Zo was hij hoofd van de afdeling Maag-, darm- en leverziekten van het MUMC en tevens opleider. Hij begeleidde tijdens zijn loopbaan in Leiden en Maastricht meer dan 50 promovendi, waaronder

ondergetekende, en heeft bijna 500 publicaties op zijn naam staan. Ad zette zich in het bijzonder in voor de Neurogas-troenterologie en Motiliteit (NGM), zette het MUMC als landelijk tertiair NGM-verwijscentrum op de kaart en zorgde vanuit het Concilium dat dit soms onderbelichte domein binnen de MDL stevig werd ingebed in de opleiding tot MDL-arts. Daarnaast was hij betrokken bij allerlei (maatschappelijke) organisaties, waaronder het Beschouwend Centrum voor Chronische Ziekten, de Maag-Lever-Darm Stichting (MLDS) en het Julius Center of Health Sciences and Primary Care. Hij genoot nationaal en internationaal aanzien als pleitbezorger voor de NGM en werd veelvuldig gevraagd als expert en spreker op nationale en internationale congressen.

Namens alle (MDL-) collega's wil ik vanuit deze positie Ad Masclee nogmaals heel hartelijk danken voor de uitzonderlijke wijze waarop hij zich heeft ingezet voor ons vakgebied in het algemeen en onze vereniging in het bijzonder.

Patrick van der Veek, penningmeester NVGE

Oproep NVGE Inspiratorprijs 2026

In maart 2024 werd de allereerste inspiratorprijs uitgereikt aan Gerard Dijkstra, die voor vele jonge dokters, onderzoekers en andere collegae een inspiratiebron is geweest voor hun carrière binnen de MDL.

Ok in 2026 zal de tweejaarlijkse **Inspiratorprijs**, die wordt gevolgd door een lezing, worden uitgereikt aan een lid van de vereniging die zich op bijzondere wijze onderscheidt en een rolmodel is voor de jongere generatie. Toekenning van de NVGE Inspiratorprijs geschiedt door bestuur en de Raad van Afgevaardigden na schriftelijke voordracht door twee leden van de vereniging.

Aanmeldingen voor deze prijs kunnen voor **1 januari a.s.** worden ingediend via secretariaat@nvge.nl. Meer informatie is op onze website te lezen.



Oproep Gastrointestinale proefschriftprijs 2026

De gastrointestinale proefschriftprijs is een onderscheiding voor wetenschappelijk onderzoek binnen de gastro-enterologie. Voor de prijs kunnen in 2025 gepubliceerde academische proefschriften worden ingestuurd, door leden die minimaal 2 jaar lid zijn van de NVGE of de NVH. De prijs bedraagt € 1.500,- voor de beste inzending. Daarnaast is er nog een prijs van € 500,- beschikbaar voor de op één na beste inzending. De eerste prijs zal worden uit-

gereikt tijdens de DDD op 18 maart a.s., waarbij de winnaar een korte 'ere-voordracht' zal houden.

Inzenden kan vóór 1 januari a.s. De jury nodigt kandidaten uit hun proefschrift met een bijgevoegde samenvatting in de Engelse taal van maximaal 300 woorden uitsluitend digitaal in te zenden naar secretariaat@nvge.nl. Meer informatie is op onze website te lezen.

INS & OUTS



Naam: Iris Levink

Geboortedatum: 9 augustus 1992

Functie binnen de NVGE: Redactielid DDD News

Motivatie:

Per september 2025 heb ik met veel enthousiasme plaatsgenomen in de redactie van DDD News. Na het afronden van mijn termijn als Trainee Editor bij UEG Journal wilde ik de opgedane ervaring graag inzetten op Nederlandse bodem. Naast de mogelijkheid om mijn inhoudelijke kennis te verdiepen tijdens de Digestive Disease Days, waardeer ik het telkens opnieuw hoe de NVGE collega's binnen de Maag-, Darm- en Leverziekten – en aanverwante specialismen –

weet te verbinden. Met DDD News doet de NVGE dat op een subtiële en toegankelijke manier, maar dan gewoon vanuit huis, het hele jaar door.

Voor de komende redactieperiode heb ik als doel om een verrassend element toe te voegen aan DDD News: iets dat de lezer prikkelt, verrast en uitnodigt om nét even anders naar ons vakgebied te kijken.

Ziekenhuis: Albert Schweitzer ziekenhuis

Afdeling: Maag-Darm-Leverziekten

Functie: AIOS MDL

Aandachtsgebieden: HPB en oncologie



Afscheid Erik Schoon

Per 1 februari 2026 gaat Erik Schoon met pensioen, althans wat betreft zijn klinische werkzaamheden.

Erik begon zijn MDL-carrière in Maastricht waar onder de bezielende leiding van Professor Stockbrugger zijn opleiding genoot en promoveerde op osteoporose bij inflammatoire darmziekten. Na zijn eerste jaren als staflid in Maastricht verruilde hij de academie voor het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven. Samen met met Arnold Stronkhorst en Jan van Spreeuwel bouwde hij de afdeling MDL, het endoscopie centrum en de opleiding verder uit tot de huidige vorm met 9 MDL-artsen en 1 fellow met een (supra) regionale functie voor advanced endoscopie.

Erik was als opleider met zijn opvallend statuut en rust altijd een begenadigd leermeester in de endoscopiekamer en had een warm hart voor zijn assistenten waarvoor hij graag in zijn eigen keuken afscheidsdiners organiseerde. Als MDL-arts ontwikkelde Erik zich meer en meer als advanced endoscopist met zijn creatieve geest in het bedenken van innovatieve oplossingen voor endoscopische problemen. Mede daardoor werd hij door Jacques Bergman benaderd om deel te nemen aan het EMR/RFA trainingsprogramma en zette hij het Barrett Expert Centrum in het Catharina Zie-

kenhuis op de kaart. Later werd hij teacher bij het Europese EMR/RFA trainingsprogramma en ontwikkelde hij zich al snel tot internationaal expert op het gebied van Barrettneoplasie.

Zijn wetenschappelijke interesse in innovatie en techniek leidde ertoe dat hij in 2012 contact zocht met de Technische Universiteit Eindhoven om onderzoek te gaan doen naar beeldherkenning tijdens endoscopie. Deze samenwerking met de groep van Peter de With en Fons van der Sommen leidde tot de eerste AI-publicatie in Barrett. Deze samenwerking werd al snel uitgebreid met Amsterdam UMC en de andere Barrett Expert Centra. Daarmee stonden Erik en het Catharina ziekenhuis aan de basis van AI in endoscopie in Nederland.

De kroon op Eriks werk is zijn de aanstelling als hoogleraar bij GROW: School for Oncology and Developmental Biology aan de Universiteit van Maastricht in 2021.

Al stopt Erik met zijn klinische werkzaamheden, we hoeven hem nog niet te missen. Hij zal nog aangesteld blijven als hoogleraar en zo zijn onderzoek voortzetten aan de Universiteit van Maastricht in nauwe samenwerking met het Catharina ziekenhuis. Nu hij stopt met zijn klinische werk krijgt Erik meer tijd en ruimte voor het maken van prachtige zeilreizen met zijn boot en om te genieten van zijn prachtige hoeve in Oirschot.

Namens de vakgroep MDL van het Catharina ziekenhuis,
Wouter Curvers

Terugblik Casuïstiek

Programma casuïstiek

UMC Groningen

Rots in de branding bij onbegrepen ascites
Vita Hoekstra, anios MDL, Isala, Zwolle

Haring in 't land, dokter aan de kant
Corien Stevens, anios MDL, Medisch Spectrum Twente

UMC Utrecht

Op het verkeerde been gezet
Hendrien Kuipers, aios MDL, UMC Utrecht

Van obstipatie tot leverfalen
Wenzel Hackeng, aios MDL, Meander MC, Amersfoort

Amsterdam UMC

Therapie refractaire colitis ulcerosa?
Steven Bots, aios MDL, Amsterdam UMC

Drukverschil
Stijn Meijnikman, aios MDL, Amsterdam UMC



Sprekers en voorzitters casuïstische conferentie mei 2025.

Winnende casus

Therapie refractaire colitis ulcerosa?

Steven Bots, AIOS MDL, Amsterdam UMC

Een 46-jarige man werd verwezen naar ons tertiaire centrum met therapieresistente, ernstige colitis ulcerosa (diagnose ongeveer één jaar eerder). Er was geen relevante voorgeschiedenis. Gedurende een periode van ongeveer een jaar werd hij behandeld met mercaptopurine, prednison, infliximab, vedolizumab en filgotinib. Geen van de behandelingen sloeg aan en hij bleef prednison afhankelijk.

Wegens toenemende ernst van de ziekte werd hij opgenomen. Bij opname werd een sigmoidoscopie verricht, waarbij een fors ontstoken mucosa werd gezien met erytheem en ernstige ulceraties zonder resterende normale mucosa (Afbeelding 1) — niet typisch voor colitis ulcerosa.

Daarnaast werd een echo verricht om de uitgebreidheid van de ontsteking te bepalen, omdat dit tijdens de endoscopie niet kon worden vastgesteld. Deze toonde dat de colitis tot aan de milthoek reikte en dat er geen ontsteking van het terminale ileum was. Zes weken vóór opname werd bij de patiënt Kaposi-sarcoom vastgesteld op basis van laesies op de voeten en onderbenen.

PCR-analyse van de bipten was positief voor cytomegalovirus (CMV), herpes simplexvirus type 1 (HSV-1) en humaan gammaherpesvirus 8 (HHV-8). Ganciclovir werd gestart ter behandeling van mogelijke CMV-colitis, maar omdat pathologie geen actieve CMV-colitis bevestigde, werd de behandeling gestaakt.

Er werd een subtotale colectomie verricht wegens de verdere progressie van het ziektebeeld. (Afbeelding 2).

Pathologie van het colectomiepreparaat liet uitgebreide aanwezigheid van Kaposi-sarcoom zien in het distale deel van het colon. De tumor was geïncereerd en breidde zich uit in divertikels in de sigmoïdregio. Er waren geen tekenen van perforatie of obstructie. Het proximale colon en het distale ileum vertoonden normale pre-existente mucosa zonder aanwijzingen voor eerdere ontsteking.

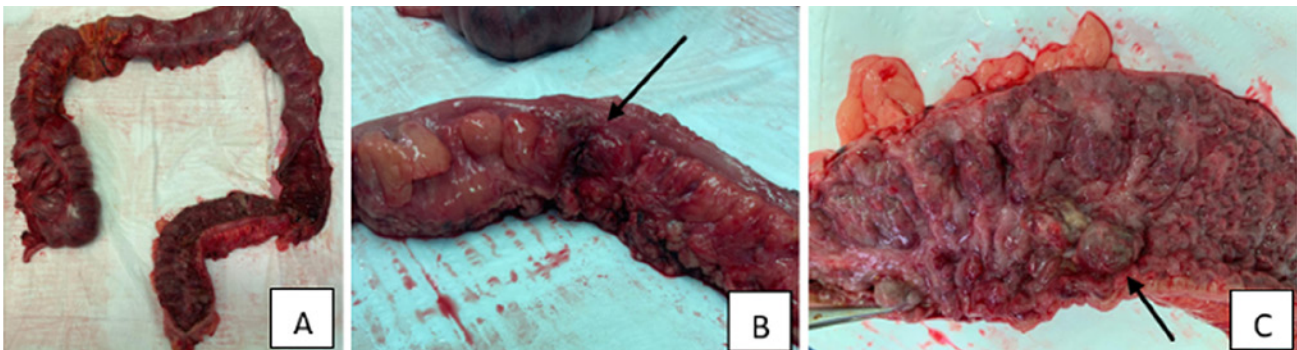


Winnaar Steven Bots met voorzitters Patrick van der Veek en Vera Asscher.

De eerder genomen bipten toonden een geïncereerde mucosa en ernstige chronisch-actieve ontsteking. De lamina propria bevatte focale, monotone spoelcelproliferaties met



Afbeelding 1. Beelden van de tijdens opname verrichte colonoscopie, waarbij ernstige ontsteking van de distale 25 centimeter van het colon en het rectum zichtbaar is.



Afbeelding 2. Het geresceerde colon, waarbij de pijlen in [B] en [C] wijzen op een transmurale abcesholte binnen de laatste 10 centimeter van het geresceerde colon/rectum.



enkele spleetvormige lumen. De spoelcellen kleurden positief voor HHV-8, de vasculaire endotheelmarker ERG en voor podoplanine (D2-40) (Afbeelding 3).

Wij besloten de bipten te laten herbeoordelen die enkele maanden eerder waren afgenomen in het kader van een klinische trial en die tijdens de acute opname niet beschikbaar waren. Deze bleken eveneens positief voor HHV-8. In de herziene bipten die bij diagnose waren genomen, waren geen aanwijzingen voor Kaposi-saroom aanwezig. Een mogelijke onderliggende immuundeficiëntie werd onderzocht en uitgesloten. Alle immuunsuppressie was gestaakt en de rectum stomp genas volledig. Er werd besloten een ileorectale anastomose aan te leggen. Kort na continuïteitsherstel recideerde de inflammatie in het rectum waarop werd gestart met risankizumab met goed effect. Er zijn tot op heden geen aanwijzingen voor een recidief van het Kaposi-saroom.

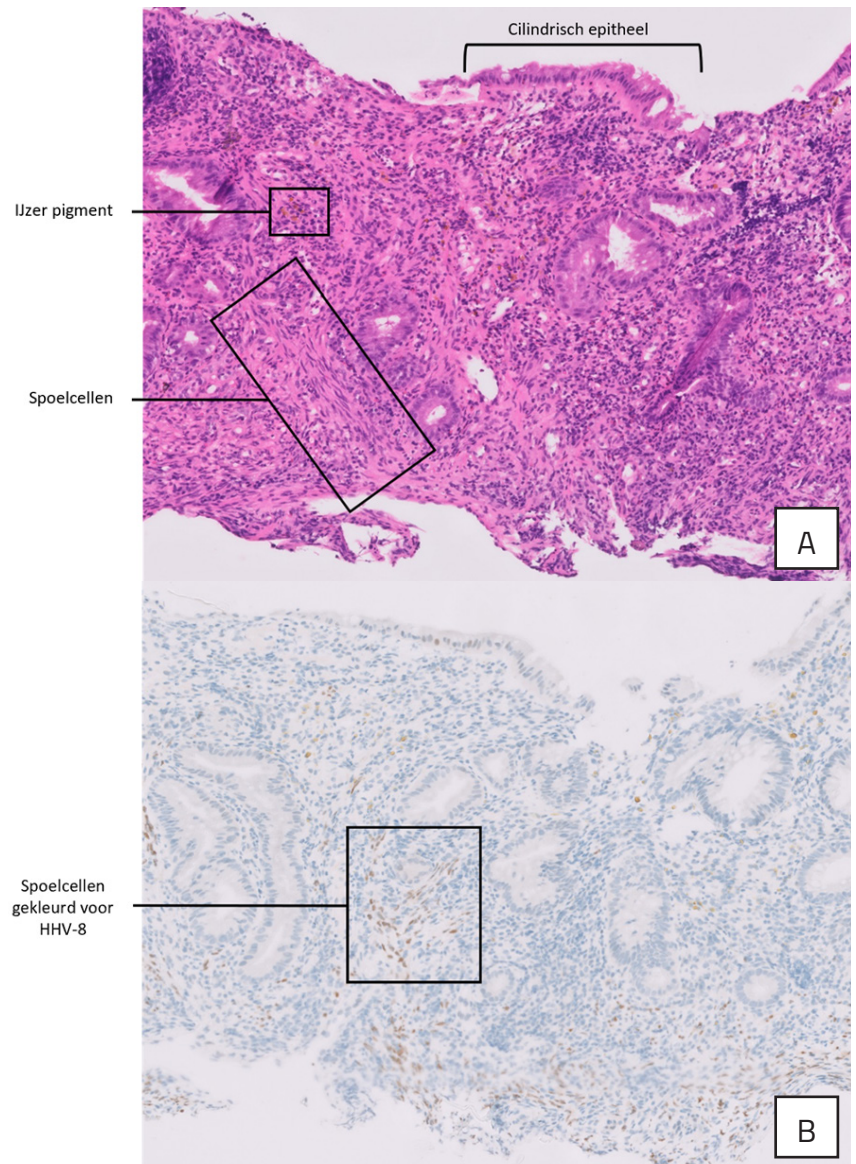
Kaposi-saromen zijn vasculaire tumoren die overal in huid en mucosa kunnen voorkomen, maar cutane laesies zijn het meest voorkomend. De aandoening is geassocieerd met AIDS, hoewel klassieke Kaposi-saromen ook beschreven zijn bij HIV-negatieve homoseksuele mannen.¹ Onze patiënt was HIV-negatief, maar heeft seksueel contact gehad met mannen.

Kaposi-saromen komen ook endemisch voor in sub-Sahara Afrika en zijn beschreven bij transplantatiepatiënten.¹ Na een beknopte literatuurschouwing identificeerden wij 30 gevallen van HIV-negatieve IBD-patiënten die cutane en/of intestinale Kaposi-saromen ontwikkelden na behandeling met immuunsuppressiva zoals ciclosporine², prednisolon³, ozanimod⁴, vedolizumab^{5,6}, infliximab⁷, tofacitinib⁸ en combinatietherapieën.⁹

Onze patiënt ontving verschillende van deze immuunsuppressieve behandelingen, die allemaal werden gestaakt na de diagnose van cutaan Kaposi-saroom. Opmerkelijk was dat de patiënt aangaf

dat de huidafwijkingen al bestonden vóór aanvang van de immuunsuppressie. De laesies waren door de huisarts met zilvernitraat behandeld en verdwenen tijdelijk voordat ze weer terugkeerden.

Wij concludeerden daarom dat het Kaposi-saroom reeds aanwezig was vóór de diagnose van colitis ulcerosa en dat de intestinale progressie werd verergerd door gebruik van immuunsuppressiva.



Afbeelding 3. Histologiebeelden van de colonbipten (10x) [A, B] en van het gereceerde colon [C–E]:

[A] toont een hematoxyline-eosine (HE) kleuring van een colonbipt;

[B] toont een soortgelijk deel van het bipt met HHV-8-kleuring;

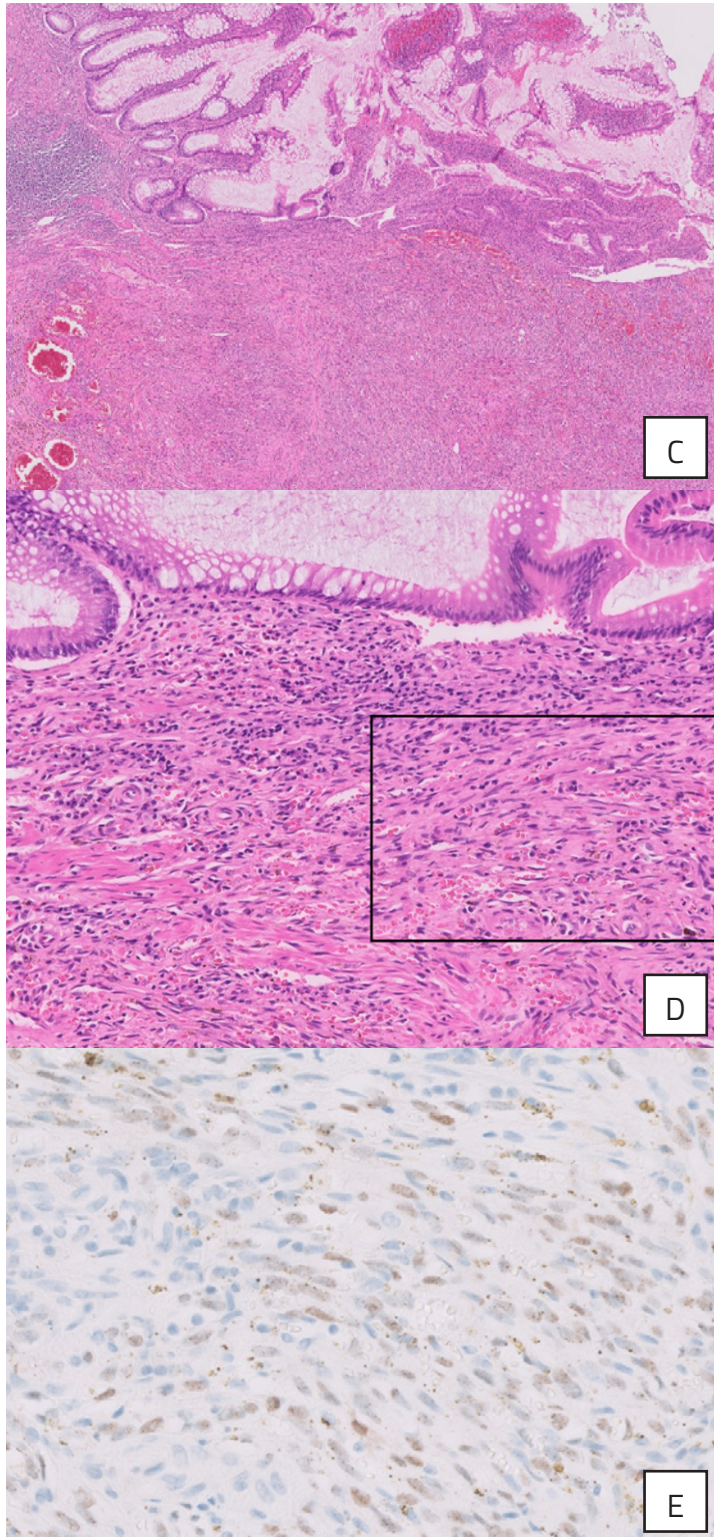
[C] is een HE-kleuring van het gereceerde colon, vergroot 2,5x, waarbij het bovenste deel pre-existente mucosa met reactieve veranderingen toont en het onderste deel spoelcelproliferatie;

[D] is een HE-kleuring, vergroot 10x, die de klassieke kenmerken van Kaposi-saroom laat zien;

[E] is een HHV-8-kleuring, vergroot 20x, met kernen die HHV-8-positief zijn.

Referenties

1. Cesarman E, Damania B, Krown SE, Martin J, Bower M, Whitby D. Kaposi sarcoma. *Nat Rev Dis Primers* 2019;5(1):9. DOI: 10.1038/s41572-019-0060-9.
2. Clarke LM, Chawla K, Tabbara N, et al. Cyclosporine-Induced Kaposi Sarcoma in a Patient With Ulcerative Colitis. *ACG Case Rep J* 2021;8(5):e00600. DOI: 10.14309/crj.0000000000000600.
3. Herculano R, Barreiro P, Hann A, et al. Drug-induced colonic Kaposi's sarcoma in a HIV-negative patient with ulcerative colitis: a case report and review of the literature. *Int J Colorectal Dis* 2014;29(11):1441-2. DOI: 10.1007/s00384-014-1912-0.
4. Sandlow S, Rai P, Shum A, Chen H, Arnold J, Jangi S. Ozanimod-Associated Iatrogenic Kaposi Sarcoma in a Patient With Ulcerative Colitis. *ACG Case Rep J* 2023; 10(2):e00929. DOI: 10.14309/crj.0000000000000929.
5. Papa V, Giustiniani MC, Lopetuso LR, Papa A. Human herpesvirus 8-associated colonic Kaposi's sarcoma during vedolizumab treatment in ulcerative colitis: a case report and review of the literature. *BMC Gastroenterol* 2020;20(1):76. DOI: 10.1186/s12876-020-01221-2.
6. Ajao SO, Jayasingam R, Shaaban H. Iatrogenic Kaposi's sarcoma unmasked by Vedolizumab in a patient with ulcerative colitis and well-controlled human immunodeficiency virus: A case report. *Int J Crit Illn Inj Sci* 2021;11(3):177-180. DOI: 10.4103/IJCIIS.IJCIIS_92_20.
7. Windon AL, Shroff SG. Iatrogenic Kaposi's Sarcoma in an HIV-Negative Young Male With Crohn's Disease and IgA Nephropathy: A Case Report and Brief Review of the Literature. *Int J Surg Pathol* 2018;26(3):276-282. DOI: 10.1177/1066896917736610.
8. Wetwittayakhlang P, Golovics PA, Afif W, Bessissow T, Lakatos PL. Tofacitinib-Associated Iatrogenic Kaposi Sarcoma in a Patient With Ulcerative Colitis. *ACG Case Rep J* 2021;8(11):e00678. DOI: 10.14309/crj.0000000000000678.
9. Shah N, Lidofsky S, Laskiewicz L. Colorectal Kaposi Sarcoma in an Immunosuppressed Ulcerative Colitis Patient. *J Gastrointest Surg* 2018;22(7):1301-1302. DOI: 10.1007/s11605-017-3649-x.



Spoelcellen en
extravasculaire
erythrocyten die
zich tussen
endotheel
cellen
bevinden

Terugblik DDD september 2025

Geachte DDD-news lezers,

Vooruitgang boeken is ook terugblikken op het verleden, wat ging goed en wat kan beter. Zo doen we dat ook bij elke editie van de DDD, samen met het NVGE-bestuur en de Raad van Afgevaardigden. Onze missie blijft onverminderd om binnen het royale aanbod aan nascholingen, cursus en congressen de DDD toonaangevend te laten zijn, de plek waar Nederlands onderzoek wordt gepresenteerd en waar brede en toepasbare kennis kan worden vergaard.

Als we met die blik naar de afgelopen september editie kijken dan denk ik dat we daar in geslaagd zijn. Het programma was divers, voor elk wat wils, met ook wederom een gezellig diner en feestavond waar MDL-Nederland van jong tot oud op een informele manier met elkaar kon napraten.

Hieraan voorafgaand werd in de laatste sessie van de dag het NVGE erelidmaatschap uitgereikt aan Prof. dr. Ad Masclee. Hij werd toegesproken door Patrick van der Veeke, penningmeester van de NVGE en een van zijn oud-promovendi in Leiden, en bedankt voor zijn enorme verdienste en toelozende inzet in verschillende gremia met als doel de MDL-zorg in Nederland nog beter op de kaart te krijgen, zowel qua patiëntenzorg, maar ook qua opleiding en wetenschap. Een ander bijzonder moment was de Tytgat lecture die deze DDD editie werd gegeven door Prof. Fatima Carneiro, patholoog, werkzaam in Porto, en een wereld autoriteit op het gebied van erfelijk maagcarcinoom. Nieuw in de Top abstracts sessie was de presentatie van onderzoek van een van de subsidie winnaars van het MDL fonds van de afgelopen jaren. We hebben besloten dit komende edities voort te zetten en stimuleren op deze manier de wetenschap agenda en samenwerking tussen NVGE en MDL fonds.

Eerder op de woensdag had dr. Anke Bruns tijdens de President Select sessie al een mooie presentatie gegeven over infecties en infectie preventie bij immunocompromitteerde patiënten. Een onderwerp waar we denk ik allen dagelijks mee te maken hebben en steeds meer aandacht voor komt. Dit laatste geldt ook voor eosinofiele oesofagitis, waar Prof. dr. Arjan Bredenoord een uitstekende klinisch toepasbare Meet The Expert sessie over gaf.

Op donderdag viel er ook veel te genieten, met 3 mooie sessies op het vroege uur, het altijd spectaculair videosymposium van de sectie Endoscopie, naast het symposium van de NVMDL Cie Digitalisering en een druk bezocht symposium van de werkgroep Voeding. Het V&VN programma had in de ochtend o.a. een sessie over grensoverschrijdend gedrag, een helaas actueel thema in de huidige tijd. De dag werd afgesloten met het jubileum symposium ter ere van het 40-jarig bestaan van de STOET, een mooi moment om namens de NVGE waardering uit te spreken voor het grote maatschappelijke, maar ook wetenschappelijke belang van deze organisatie in Nederland.

Helaas doe je altijd mensen tekort in een terugblik, want er waren nog vele sessies die meer dan de moeite waard waren, zoals van de sectie IBD, NVH-symposium cholestase, NGM-symposium fecale incontinentie, PhD-netwerk, en college tour.

Twee punten ter verbetering wil ik graag benoemen. De afsluitende Top Abstracts sessie op de woensdag wordt helaas minder goed bezocht. Dat is jammer, want daar worden de beste abstracts gepresenteerd en eervolle prijzen uitgereikt aan personen die veel betekenen voor MDL-Nederland. Komende DDD editie zal deze sessie op een ander tijdstip worden ingepland en hopen we weer een volle zaal te zien. Een ander punt betreft de poster stage, qua geluid flink verbeterd met de koptelefoons, maar qua aandacht, locatie en publiek nog niet optimaal. We denken hard na hoe hier nog betere invulling aan te geven, en vooral de onderzoekers het podium te geven dat ze verdienen.

Naast deze terugblik is de blik alweer 2 maanden volledig gericht op de DDD komende maart, het programma staat al grotendeels in de steigers en deze editie mag u zeker niet missen. De lente zit dan in lucht, de vogels fluiten, het zonnetje schijnt. Voldoende redenen om u allen weer in grote getale in Veldhoven te zien.

Alexander Bodelier
Secretaris NVGE

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 september werden de subsidies en oorkondes uitgereikt aan:

Dr. J.C. Kerbert

'Het mechanisme achter neurodegeneratie in hepatische encefalopathie: de rol van amyloid- β '

Dr. P.W. Voorneveld

'Unraveling colon epithelial responses to Janus kinase 1 (JAK1) inhibition in ulcerative colitis patients'

Dr. I.E.M. de Jong

'Mapping epithelial-mesenchymal crosstalk in the extrahepatic bile duct using spatial transcriptomics and human-derived branching organoids'

Dr. S. Bosch

'Fecal Scent Profiling with an Electronic Nose: A Translational Approach to Early Detection of Pancreatic Cancer in High-Risk Individuals'

Dr. J.H.M. van der Meer

'Unraveling APC mutation-induced immune cell changes in patients with Familial Adenomatous Polyposis'

Drs. J.P. Roelands

'Traceren van metastaserende niches in pT1-colorectale kanker als sleutel tot het voorspellen van metastase'



Prijzen

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

Student award & Duurzaamheidsprijs

De student award en duurzaamheidsprijs werden uitgereikt aan H.A.M. Sassen.

H.A.M. Sassen

'Resect-and-discard' for management of small colorectal polyps: surveillance recommendations are rarely influenced by pathological assessment'



Abstractprijs

E. Vermeer

Outcome of colorectal cancer surveillance in paediatric inflammatory bowel disease: Time for new guidelines?



Abstractprijs

J.C.M. Scheepens

Quality of life and survival in elderly patients after resection of pancreatic cancer: A nationwide analysis



Seniorenprogramma

Dit najaar werd opnieuw een inspirerend seniorenprogramma georganiseerd door de gedreven Henk Festen en Joep Bartelsman. De bijeenkomst begon met een gezamenlijke lunch, waarna Joep Bartelsman een boeiende terugblik gaf op de carrière van Em. prof. dr. G.N.J. Tytgat. Vervolgens deelde prof. dr. U.H.W. Beuers zijn inzichten over een fascinerende nabootser in het HPB-gebied. De middag werd afgesloten met een presentatie van Stijn Meijnikman, aios MDL, waarin hij sprak over 'Endogene ethanolproductie bij steatotische leverziekte'.



De MDL-podcast van Nederland

Door het Oog van de Scoop op de Digestive Disease Days (DDD)

Sinds 2021 brengt het enthousiaste team van jonge artsen, achter *Door het Oog van de Scoop*, een podcast uit die luisteraars meeneemt door het maag-darm-leverstelsel. Met inmiddels meer dan 63 afleveringen en een trouwe luisterbasis van ruim duizend per aflevering, biedt de podcastserie een overzicht van actuele ontwikkelingen en de nieuwste (wetenschappelijke) inzichten binnen de MDL, samen met toonaangevende experts.

Ook dit jaar werkte *Door het Oog van de Scoop* weer samen met de NVGE om, tijdens de Digestive Disease Days (DDD), live podcasts op te nemen vanuit het Glazen Huis - midden in de expositiehal van het NH Conference Centre Koningshof in Veldhoven. In deze unieke setting ontstond er wederom een mooie reeks gesprekken met bevoegen experts en talenten over de belangrijkste thema's van het congres.

DDD Dag 1 – Van AI tot werk-privébalans

De eerste congres dag stond in het teken van *De MDL-arts van de toekomst, Chronische pancreatitis en Kwaliteit – vinken of vonken?*

In het Glazen Huis spraken we met Fons van der Sommen (Associate professor TU Eindhoven) over de toepassing van artificial intelligence in de endoscopie. Anne Strik (AIOS MDL Amsterdam UMC) deelde inzichten over het belang van een gezonde werk-privébalans, met praktische tips voor de dagelijkse praktijk.

Daarnaast schoven Rogier Voermans (MDL-arts Amsterdam UMC) en Wim Lammers (MDL-arts Erasmus MC) aan voor een verdiepend gesprek over pijnbestrijding bij chronische pancreatitis. Gezondheidsjurist Jolanda van Boven belichtte vervolgens het spanningsveld tussen richtlijnen en tucht-recht.

Verder spraken we met *president select* en *top abstract winners* zoals Marloes Sassen (ANIOS interne geneeskunde MST), Eva Vermeer (arts-onderzoeker Amsterdam UMC) en Jiyang Chan (onderzoeker Maastricht UMC+) over hun prijswinnende onderzoeksresultaten: van de zin en onzin van het beoordelen van poliepen <1 mm tot de timing van

surveillance-endoscopie bij kinderen met IBD/PSC, en het voorspellen van post-infectieuze IBS via de microbiota.

Met Maarten te Groen (AIOS MDL Radboudumc) en Yonne Peters (AIOS MDL Radboudumc) blikten we terug op de NVMDL Onderwijsdag, die dit jaar in het teken stond van radiologie binnen de MDL. Tot slot deelden Lieve Leijssen (AIOS MDL, Amsterdam UMC) en Daan van Wessel (AIOS MDL, UMCg) hun persoonlijke highlights uit de DDD-abstractsessies.

DDD Dag 2 – Van fecale incontinentie tot duurzame zorg

Op de tweede dag van de DDD gingen we in op thema's uit de klinische praktijk maar ook spraken we over de organisatie van zorg en onderzoek. Zo spraken we met Tze Lam (MDL-arts Rijnstate) en Coen Baeten (chirurg Groene Hart Ziekenhuis) over fecale incontinentie, en blikten we met Monique van Leerdam (MDL-arts en hoogleraar LUMC/ Antoni van Leeuwenhoek) en Anja Wagner (klinisch geneticus Erasmus MC) terug op 25 jaar Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren (StOET). Jacobien Scheepens (arts-onderzoeker UMC Utrecht) en Anneloes Huijgens (klinisch geriater bij Catharina Ziekenhuis) deelden recente onderzoeksresultaten en praktische handvatten voor de besluitvorming bij de oudere patiënt. Daarnaast kwam duurzaamheid in de zorg aan bod in een gesprek met Diane Bastiaans (ziekenhuis-



TERUGBLIK DDD SEPTEMBER 2025

apotheker Catharina Ziekenhuis) en Jochim Ter Haar sive Droste (MDL-arts Jeroen Bosch Ziekenhuis).

Luister de DDD afleveringen terug – waar en wanneer jij wilt

Met de speciale DDD-podcastreeks van *Door het Oog van de Scoop* zit jij altijd op de eerste rij. Laat je meenemen in inspirerende gesprekken en verdiepende inzichten van de DDD – met een flinke dosis Glazen Huis-gezelligheid. Beluister alle afleveringen via je favoriete podcastapp of scan de QR-code hieronder om direct te luisteren.

Meer informatie & contact

Blijf ook op de hoogte van nieuwe afleveringen en samenwerkingen via onze kanalen:

LinkedIn: Door het oog van de scoop – MDL Podcast

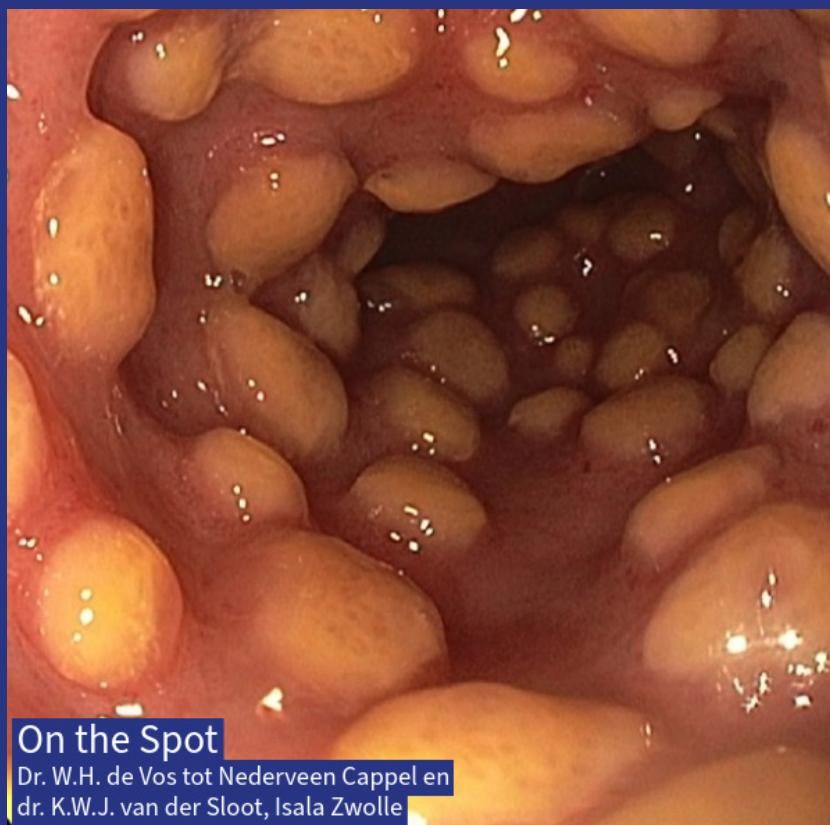
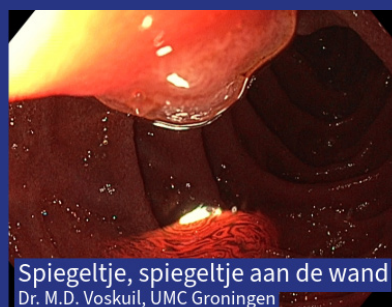
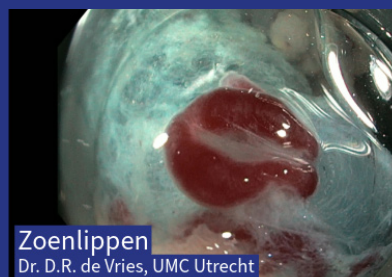
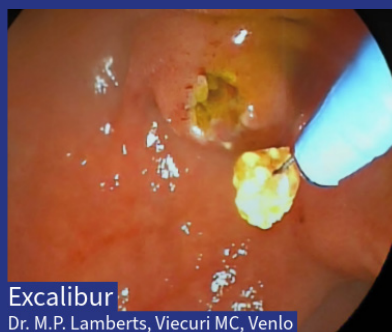
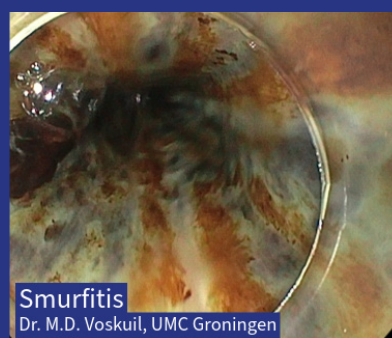
Instagram: @doorhetoogvandescoop

Website: Door het oog van de scoop – Medical Podcasts

Interesse in samenwerking of vragen?
Mail ons gerust via
doorhetoogvandescoop@gmail.com.



Inside Art tentoonstelling



Deelnemende foto's tijdens de Inside Art expositie. Winnaar: On the Spot.

Resultaten van endoscopische intermusculaire dissectie voor diep submucosaal invasief rectumcarcinoom: een driejaars follow-upstudie

Van der Schee L*, Albers SC*, Didden P, Lacle MM, Farina Sarasqueta A, Richir MC, Intven MPW, Tuynman JB, Hompes R, Dekker E, Vleggaar FP, Bastiaansen BAJ, Moons LM.G. Results of endoscopic intermuscular dissection for deep submucosal invasive rectal cancer: a three-year follow-up study. Gut Published Online First: 25 June 2025. doi: 10.1136/gutjnl-2024-334612.

* Gedeeld eerste auteurschap

Nederlandse samenvatting door:

drs. L. van der Schee, PhD kandidaat UMC Utrecht en drs. S.C. Albers, PhD kandidaat Amsterdam UMC. Onder supervisie van drs. B.A.J. Bastiaansen, MDL-arts Amsterdam UMC, en dr. L.M.G. Moons, MDL-arts UMC Utrecht.

Achtergrond

Endoscopische intermusculaire dissectie (EID) is een relatief nieuwe en veelbelovende techniek voor de lokale excisie van vermoedelijk diep submucosaal invasieve rectumcarcinomen. In tegenstelling tot endoscopische submucosale dissectie (ESD), waarbij de dissectie plaatsvindt in de submucosa, volgt EID het intermusculaire vlak van de muscularis propria. Hierdoor vergroot de kans op een radicale (R0-)resectie bij laesies met diepe submucosale invasie (pT1sm2-3) of zelfs oppervlakkige T2-carcinomen, zoals bevestigd in onze eerste EID-studie (1).

Diepe submucosale invasie wordt van oudsher beschouwd als een indicatie voor oncologische chirurgie vanwege het verhoogde risico op lymfekliermetastasen. Recente inzichten tonen echter aan dat diepe submucosale invasie zonder additionele histologische risicofactoren geen verhoogd risico op lymfekliermetastasen met zich meebrengt (2). Deze bevinding heeft geleid tot een richtlijnwijziging in Nederland, waarin diepe submucosale invasie niet langer als zelfstandige indicatie voor oncologische chirurgie wordt beschouwd, maar wel een reden is voor actieve follow-up (3).

Gezien de substantiële morbiditeit van totale mesorectale excisie (TME) bestaat er bezorgdheid over mogelijke overbehandeling van geselecteerde patiënten met een vermoedelijk diep submucosaal invasief rectumcarcinoom. Bovendien suggereren recente studies dat actieve follow-up, in plaats van completerende TME, oncologisch veilig kan zijn, zelfs in aanwezigheid van additionele risicofactoren (4, 5). Dit opent nieuwe mogelijkheden voor orgaansparende behandelstrategieën voor deze patiëntengroep.

Het primaire doel van deze multicenterstudie was het eva-

lueren van de driejaars oncologische uitkomsten van actieve follow-up na EID als alternatief voor completerende TME bij patiënten met histologisch bewezen pT1sm2-3 rectumcarcinoom.

Methoden

Voor deze multicenterstudie werden prospectief geregistreerde EID-procedures bij patiënten met vermoedelijk diep submucosaal invasief rectumcarcinoom geanalyseerd. De procedures werden uitgevoerd in twee academische centra tussen 2019 en 2023. Patiëntselectie voor EID vond plaats op basis van endoscopische kenmerken (optische diagnose) en MRI-beelden.

Patiënten met histologisch bevestigde diepe submucosale invasie (pT1Sm2-3) werden gestratificeerd aan de hand van additionele histologische risicofactoren: hooggradige (slechte) differentiatie, lymfovasculaire invasie, hooggradige tumor budding (Bd2-3) en positieve of niet-beoordeelbare resectiemarges (R1/Rx).

Hiermee werden drie risicogroepen onderscheiden:

- Laag-risico pT1sm2-3: geen histologische risicofactoren
- Intermediair-risico pT1sm2-3: één histologische risicofactor
- Hoog-risico pT1sm2-3: twee of meer histologische risicofactoren

Alle patiënten die na EID kozen voor actieve follow-up werden vervolgd volgens een gestandaardiseerd actief follow-upschema opgevolgd, zoals beschreven in de Nederlandse Richtlijn CRC (Module 9.1: Follow-up na lokale behandeling T1-rectumcarcinoom).

De primaire uitkomstmaat was de driejaars cumulatieve incidentie van locoregionale recidieven (intramuraal en/of nodaal). Secundaire uitkomstmaten waren de driejaars cumulatieve incidentie van afstandsmetastasen, non-salvageable recidieven, kankerspecifieke mortaliteit en secundaire TME-chirurgie. Secundaire TME-chirurgie was gedefinieerd als het percentage patiënten dat complementerende chirurgie onderging na EID of salvage-TME voor een locoregionaal recidief gedurende follow-up.

Resultaten

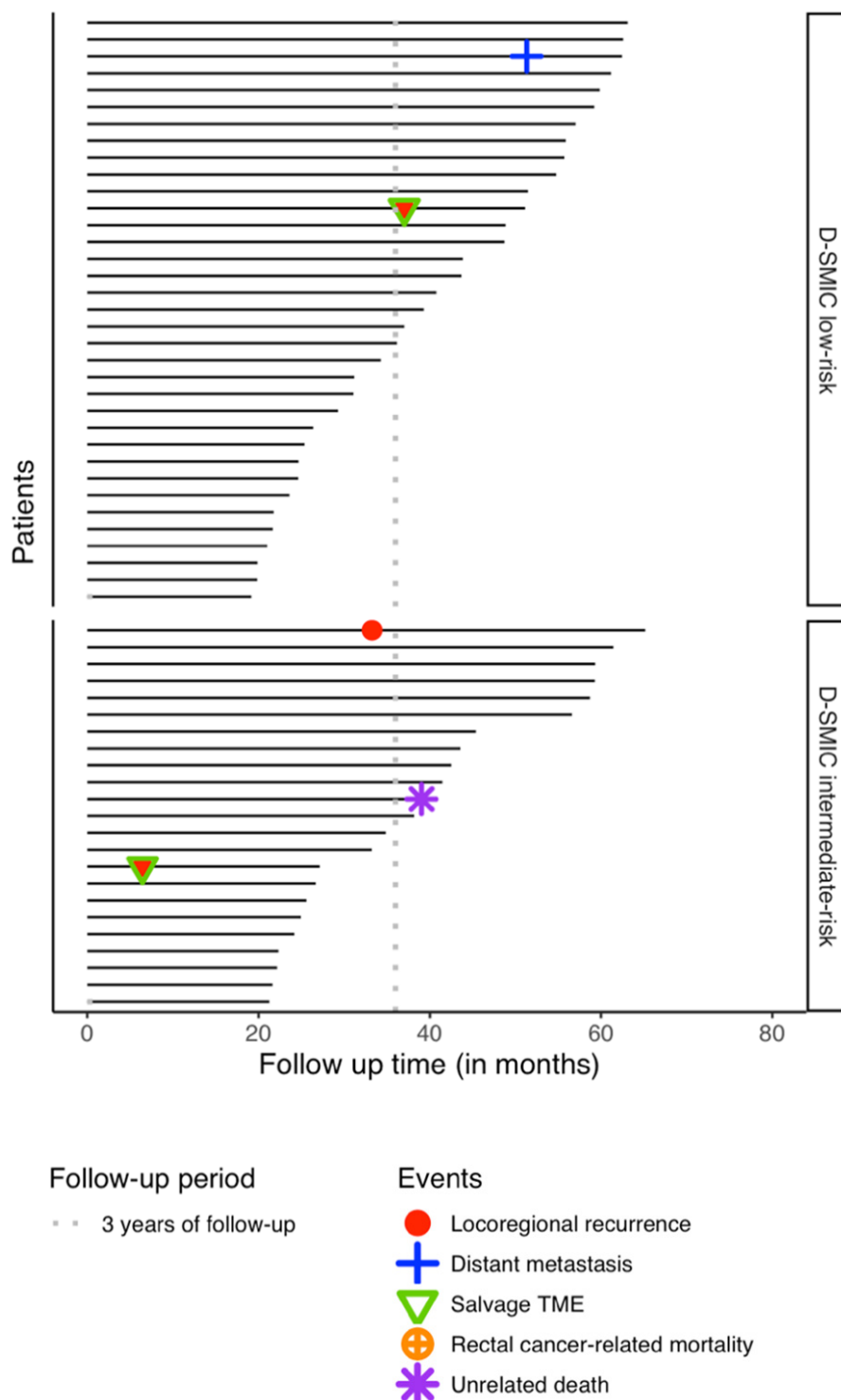
In totaal ondergingen 188 patiënten een EID wegens vermoedelijk diep submucosaal invasief rectumcarcinoom. Hiervan werden 177 (94,1%) procedures voltooid; elf werden



voortijdig gestaakt vanwege intraprocedurele verdenking op diepere tumorinvasie. Histo-pathologisch onderzoek bevestigde adenocarcinoom in 88,7% (157/177) van de gevallen, waarvan 53,1% (94/177) pT1Sm2-3 betrof. In 31% (54/177) werd echter diepere invasie ($\geq$ pT2) vastgesteld. Een R0-resectie werd bereikt in 82,5% (146/177) van de voltooide EID-procedures en in 91,5% (86/94) van de histologisch bevestigde pT1Sm2-3 rectumcarcinomen.

Van de 94 patiënten met histologisch bevestigd pT1sm2-3 werd 37% (n=35) geclassificeerd als laag-risico, 34% (n=32) als intermediair-risico en 29% (n=27) als hoog-risico. Actieve follow-up werd geïnitieerd bij alle patiënten met laag-risico pT1Sm2-3 (100%), bij 72% van de intermediair-risico-groep en bij 22% van de hoog-risico-groep.

Na drie jaar follow-up bedroeg de cumulatieve kans op een locoregionaal recidief 7,1% (95%-BI: 0,5–27,5%) in de laag-risico-groep, 13,0% (95%-BI: 1,8–35,4%) in de intermediair-risico-groep en 33,3% (95%-BI: 4,6–67,8%) in de hoog-risico-groep. Alle patiënten met locoregionale recidieven ondergingen succesvolle salvage-behandeling. Gedurende de driejaars follow-up werden geen afstandsmetastasen of kankerspecifieke sterfgevallen waargenomen. Secundaire TME-chirurgie werd verricht bij 5,3% (95%-BI: 0,8–35,0%) van de laag-risico-groep, 25,0% (95%-BI: 11,8–40,7%) van de intermediair-risico-groep en 59,6% (95%-BI: 38,8–75,3%) van de hoog-risico-groep.



Figuur 1. Event plot van 58 patiënten met rectaal pT1sm2-3 die kozen voor actieve follow-up na EID, gestratificeerd naar de aanwezigheid van een histologische risicofactor. Tijdstip 0 is het moment van EID. De verticale gestippelde lijn is het moment van 3 jaar follow-up. De enige afstandsmetastase is niet meegenomen in de beschrijving van de driejaars uitkomsten, omdat deze metastase werd gedetecteerd op 51 maanden na EID (een solitaire longmetastase waarvoor radiotherapie is gegeven).

EID = Endoscopische Intermusculaire Dissectie; TME = Totale Mesorectale Excisie

Behandelstrategie	Totale cohort	pT1sm2-3 laag-risico	pT1sm2-3 intermediair-risico	pT1sm2-3 hoog-risico
Aanvullende behandeling, n/N (%)	70/177 (39.5)	0/35 (0)	10/32 (31.3)	21/27 (77.8)
Complementerende TME, n/N (%)	53/177 (29.9)	0/35 (0)	7/32 (21.9)	15/27 (55.6)
▪ Residuaal carcinoom*	21/53 (39.6)	-	2/7 (28.6)	8/15 (53.3)
Chemoradiotherapie, n/N (%)	16/177 (9.0)	0/35 (0)	2/32 (6.3)	6/27 (22.2)
Complementerende TAMIS, n/N (%)	1/177 (0.6)	0/35 (0)	1/32 (3.1)	0/27 (0)
▪ Residuaal carcinoom*	0/1 (0)	-	0/1 (0)	-
Actieve follow-up, n/N (%)	107/177 (60.5)	35/35 (100)	23/32* (71.9)	6/27 (22.2)

TME= totale mesorectale chirurgie, TAMIS= Transanale Minimaal Invasieve Chirurgie.

*Residuaal carcinoom is gedefinieerd als de aanwezigheid van tumor deposits, intramuraal residu en/of lymfkliermetastasen in het pathologiepreparaat.

#Een patiënt die een complementerende TAMIS onderging zonder residu werd vervolgens toegewezen aan de actieve follow-up groep.

Tabel 1. Gekozen behandelstrategie na endoscopische intermusculaire dissectie van een pT1sm2-3 rectumcarcinoom gestratificeerd op basis van histologische risicofactoren

Conclusie en implicaties voor de toekomst

Deze studie toont aan dat EID gevolgd door actieve follow-up een oncologisch veilig en haalbaar alternatief kan bieden voor oncologische chirurgie bij patiënten met laag- en intermediair-risico pT1sm2-3 rectumcarcinoom. Deze rectumsparende strategie vermijdt in de meerderheid van de gevallen TME-chirurgie met behoud van oncologische veiligheid. Het actieve follow-upbeleid waarborgt tijdige detectie en succesvolle salvage-behandeling van eventuele recidieven.

Onze resultaten impliceren een mogelijke paradigmaverschuiving: bij geselecteerde patiënten met een vermoedelijk diep submucosaal invasief rectumcarcinoom kan door middel van EID en actieve follow-up het rectum worden behouden zonder concessies aan oncologische veiligheid. Tevens benadrukken onze bevindingen het belang van risicostratificatie op basis van het aantal histologische risicofactoren. Vervolgonderzoek is noodzakelijk om de langeretermijn oncologische veiligheid, functionele uitkomsten, kwaliteit van leven en impact op additionele TME-chirurgie verder te valideren. De lopende ICON-studie (Dutch Trial Register NL8409), waarvan het beoogde aantal patiënten inmiddels is geïncludeerd, zal hiertoe essentiële data leveren.

Referenties

1. Moons LMG, Bastiaansen BAJ, Richir MC, Hazen WL, Tuynman J, Elias SG, et al. Endoscopic intermuscular dissection for deep submucosal invasive cancer in the rectum: a new endoscopic approach. *Endoscopy*. 2022;54(10):993–8.
2. Zwager LW, Bastiaansen BAJ, Montazeri NSM, Hompes R, Barresi V, Ichimasa K, et al. Deep Submucosal Invasion Is Not an Independent Risk Factor for Lymph Node Metastasis in T1 Colorectal Cancer: A Meta-Analysis. *Gastroenterology*. 2022;163(1):174–89.
3. Update Richtlijn Colorectaal Carcinoom 2022 (Federatie Medisch Specialisten, richtlijnen database.nl/richtlijn/colorectaal_carcinoom_crc)
4. Ouchi A, Komori K, Masahiro T, Toriyama K, Kajiwar 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.
5. Corre F, Albouys J, Tran VT, Lepilliez V, Ratone JP, Coron E, et al. Impact of surgery after endoscopically resected high-risk T1 colorectal cancer: results of an emulated target trial. *Gastrointest Endosc*. 2024;99(3):408–16 e2.



Lange termijn uitkomsten van een verlengd versus conventioneel adalimumab-doseringsinterval bij patiënten met de ziekte van Crohn in stabiele remissie: 3-jarige follow-up van de LADI-studie

Nederlandse samenvatting door:

Drs. Lisa M.A. van Lierop, arts-onderzoeker MDL, Radboud Universitair Medisch Centrum, Nijmegen en University of Alberta Hospital Edmonton, Alberta, Canada

Drs. Monique J.C. Devillers, arts-onderzoeker MDL, Erasmus MC, Rotterdam

Prof. Dr. C. Janneke van der Woude, MDL-arts, Radboud Universitair Medisch Centrum, Nijmegen

Prof. Dr. Frank Hoentjen, MDL-arts, Radboud Universitair Medisch Centrum, Nijmegen en University of Alberta Hospital Edmonton, Alberta, Canada

Dr. Annemarie C. de Vries, MDL-arts, Erasmus MC, Rotterdam

Achtergrond

Volgens de resultaten van de LADI randomized controlled trial is het verlengen van het adalimumab-injectie-interval haalbaar bij patiënten met de ziekte van Crohn in stabiele klinische en biochemische remissie.⁽¹⁾ Na 48 weken was de cumulatieve incidentie van aanhoudende exacerbaties in de interventiegroep (verlengd interval) 3% t.o.v. 0% in de controlegroep (conventioneel interval); dit verschil viel binnen de vooraf vastgestelde non-inferioriteitsmarge, waarmee interval verlenging niet-inferieur was aan de standaarddosering. In de huidige analyse evalueerden we de klinische uitkomsten tot drie jaar na randomisatie in de LADI-studie.⁽²⁾

Methoden

Volwassenen met luminale ziekte van Crohn in corticosteroid-vrije klinische (CFCR) en biochemische remissie (Harvey-Bradshaw Index [HBI] score <5, fecaal calprotectine <150 µg/g, en CRP <10 mg/L) behandeld met adalimumab 40 mg per twee weken werden geïnccludeerd. Na randomisatie (2:1) startte de interventiegroep met een interval van drie weken, wat werd verlengd naar vier weken bij remissie op week 24. De controlepatiënten continueerden adalimumab tweewekelijks. Na 48 weken vervolgden de patiënten hun therapie in de reguliere zorg. Gegevens werden verzameld tot drie jaar na randomisatie. Het primaire eindpunt was het percentage patiënten in CFCR (Harvey Bradshaw Index (HBI) <5 of remissie volgens Physician Global Assessment (PGA), zonder systemische corticosteroiden) zonder complicaties na drie jaar. Ook patiënten die hun interval verder reduceerden (≥3 weken interventie, ≥2 weken

controle) of stopten wegens remissie telden mee in het primaire eindpunt. Complicaties waren gedefinieerd als IBD-gerelateerde chirurgie, ziekenhuisopname of behandeling van peri-anale fistels of penetrerende ziekte.

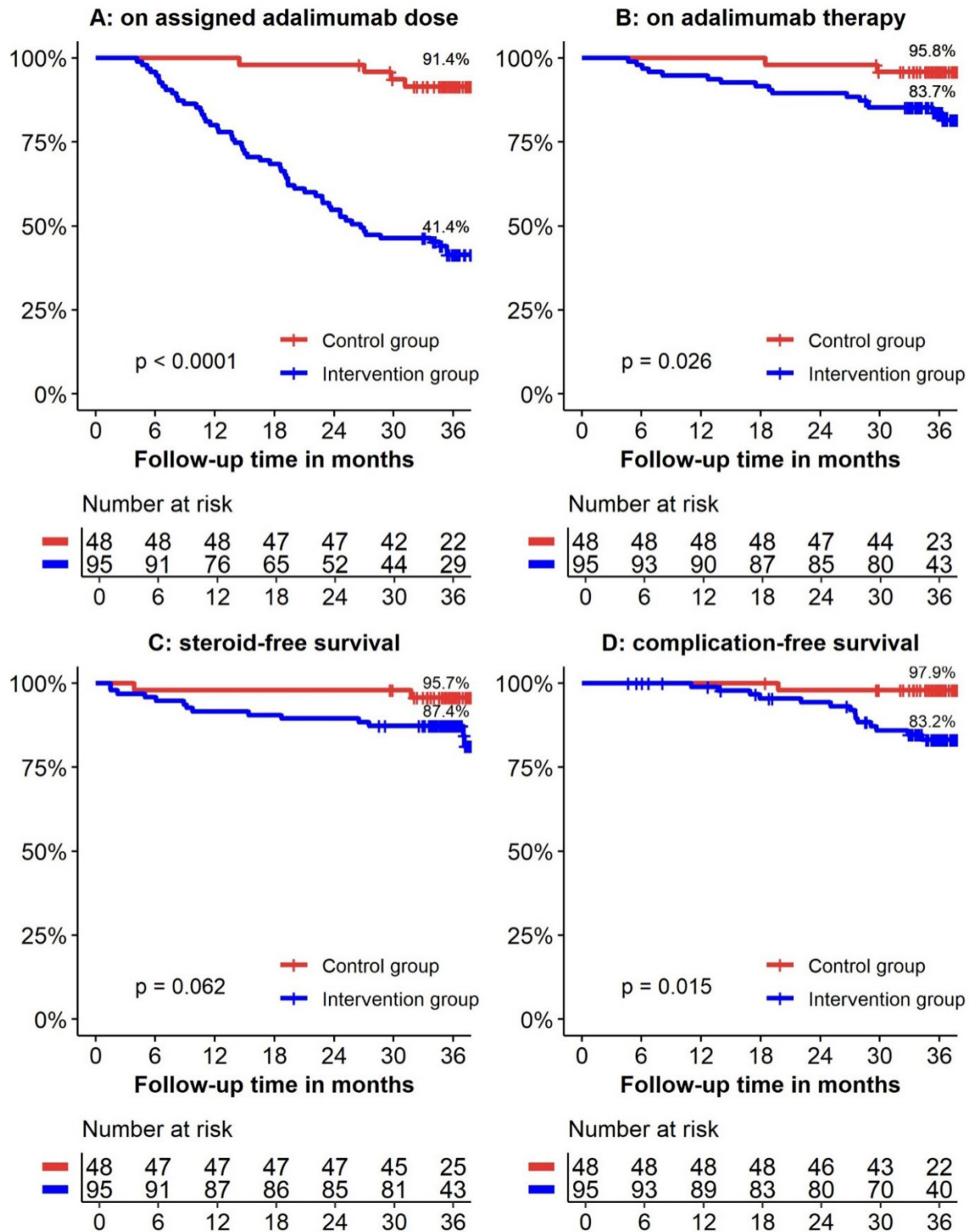
Bevindingen

Data waren beschikbaar voor 143 van de 174 LADI-deelnemers (interventie: n=95; controle: n=48). Het primaire eindpunt werd behaald door 34 van 95 (35,8%) interventiepatiënten versus 41 van 48 (85,4%) controlepatiënten ($p < 0,001$). Na drie jaar continueerden 39 van 95 (41,1%) interventiepatiënten het gerandomiseerde of verder gedeëscaleerde schema: 10 (10,5%) vierwekelijks, 25 (26,3%) driewekelijks, 4 (4,2%) gestopt wegens stabiele remissie. Vijfendertig (36,8%) gedeëscaleerde patiënten bereikten CFCR; één ontwikkelde een complicatie. Adalimumab intensificatie was nodig in 39/95 (41,1%) interventie patiënten, en daarvan bereikten 35 (89,7%) alsnog remissie en 10 (25,6%) ontwikkelden een complicatie. In de controlegroep bleven 44 van 48 (91,7%) op het toegewezen of gedeëscaleerde schema: 30 (62,5%) tweewekelijks, 10 (20,8%) driewekelijks, 4 (8,3%) gestopt wegens remissie. Van hen bereikten 42 (87,5%) CFCR; één ontwikkelde een complicatie. Figuur 1 toont Kaplan-Meier-curves voor behoud dosering, therapiecontinuatie en corticosteroid-vrije overleving.

Na drie jaar waren 17 (17,9%) interventie – en 2 (4,2%) controlepatiënten gestopt om andere redenen dan remissie. Stopredenen: verlies van respons (n=9, 64,3%; waarvan 7 interventie), bijwerkingen (n=3, 21,4%; allen interventie), en antistoffen tegen adalimumab (n=2, 14,3%; waarvan 1 interventie). Zie Tabel 1 voor bijwerkingen en complicaties.

Conclusie en implicatie

Na drie jaar hanteerde 41% van de patiënten met M. Crohn in stabiele remissie nog steeds een verlengd adalimumab-interval en 36% bleef in corticosteroid-vrije remissie zonder complicaties. Een derde keer terug naar een tweewekelijkse of frequentere dosering, maar bleef eveneens in remissie. Het besluit om het interval te verlengen moet per patiënt worden genomen, en er bestaat een grote behoefte aan adequate predictie van het risico op een exacerbatie voor de individuele patiënt.



Figuur 1. Kaplan-Meier-curves die het behoud van de toegewezen dosering bij aanvang, het voortzetten van de adalimumabtherapie, overleving zonder corticosteroiden en zonder complicaties in beide groepen visualiseren (de blauwe curves vertegenwoordigen de interventiegroep en de rode curves de controlegroep). **A:** Kans op het behouden van het toegewezen adalimumab interval (3-4 weken (interventie) vs. 2 weken (controle)); **B:** Kans om in de loop van de tijd op adalimumabtherapie te blijven; **C:** Kans om in corticosteroid-vrije remissie te blijven; **D:** Kans om complicatievrij te blijven.



Bijwerkingen en complicaties

Bijwerkingen categorie en soort*	Interventie groep (n=14, 12.6%**)	Controle groep (n=9, 16.7%**)
Infecties	6	4
Bovenste luchtwegen	1	1
COVID-19	3	1
Maagdarmkanaal	1	0
Tandheelkundig	1	1
Urinewegen	0	1
Maligniteiten	2	1
Melanoom	0	1
Mamma	1	0
Oesofagus	1	0
Huidaandoeningen	2	3
Lichen planus	1	0
Schimmelinfectie	0	0
Karbunkel	0	1
Overige	0	2
Lokale reactie bij injectieplaats	1	0
Overige	3	1
Ernstige vermoeidheid	1	0
Oog-gerelateerd	2	0
Verhoogde leverenzymen	3	1
Soort complicatie	Interventie groep (n=14, 14.7%**)	Controle groep (n=1, 2.1%**)
Drainage periaanaal abces	2	0
Ziekenhuisopname t.g.v. ziekteactiviteit M. Crohn	2	0
Nieuwe diagnose strictuur	5	1
Stricturerende ziekte die endoscopische dilatatie vereist	1	0
Aanhoudende symptomen van perianale fistel die chirurgische curettage of antibiotische behandeling nodig hebben	2	0
Revisie van ileostomie en resectie van de dunne darm vanwege ziekteactiviteit	1	0
Ileocecale resectie vanwege stricturerende ziekte	1	0

*Dit zijn de bijwerkingen die door de studie participanten zelf werden gemeld gedurende de lange termijn-studie.

**Deze percentages geven de cumulatieve incidentie of proportie per groep weer, aangezien sommige patiënten meer dan één bijwerking ervoeren.

Tabel 1. Bijwerkingen en complicaties

Referenties

- (1) van Linschoten RCA, Jansen FM, Pauwels RWM, Smits LJT, Atsma F, Kievit W, de Jong DJ, de Vries AC, Boekema PJ, West RL, Bodelier AGL, Gisbertz IAM, Wolfhagen FHJ, Römkens TEH, Lutgens MWMD, van Bodegraven AA, Oldenburg B, Pierik MJ, Russel MGVM, de Boer NK, Mallant-Hent RC, Ter Borg PCJ, van der Meulen-de Jong AE, Jansen JM, Jansen SV, Tan ACITL, van der Woude CJ, Hoentjen F; LADI study group and the Dutch Initiative on Crohn and Colitis. Increased versus conventional adalimumab dose interval for patients with Crohn's disease in stable remission (LADI): a pragmatic, open-label, non-inferiority, randomised controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2023 Apr;8(4):343-355. doi: 10.1016/S2468-1253(22)00434-4. Epub 2023 Jan 31. Erratum in: *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2023 Apr;8(4):e4. doi: 10.1016/S2468-1253(23)00038-9. PMID: 36736339.
- (2) van Lierop LMA, Devillers MJC, van der Woude CJ, Hoentjen F, de Vries AC; LADI LTFU Study Group. Long-term outcomes of increased versus conventional adalimumab dose interval for patients with Crohn's disease in stable remission: 3-year follow-up of the randomized controlled LADI trial. *Gastroenterology*. 2025 Sep 19:S0016-5085(25)06024-X. doi: 10.1053/j.gastro.2025.09.023. Epub ahead of print. PMID: 40976380.



Sectie Experimentele Gastroenterologie

Door: Noortje Festen (MDL-arts, UMC Groningen)

Fibrose in Crohn: waarom “waar” net zo belangrijk is als “wat”

Wat maakt stricturerende ziekte bij de ziekte van Crohn zo hardnekkig? We weten dat fibrose uiteindelijk tot stenoserende ring kan leiden en vaak alleen nog chirurgisch te behandelen is. Maar de stap van inflammatie naar stenose blijft slecht verklaard. Een recent artikel in *Nature Genetics* brengt mogelijk wat licht in de duisternis door single-cell RNA-sequencing te combineren met spatial transcriptomics. De centrale vraag is eenvoudig: welke cellulaire pathways geven fibrose (en daarmee uiteindelijk stenose), en waar in de darmwand spelen ze zich af?

Voor de studie zijn resectiemateriaal en endoscopische biopaten van patiënten met stenoserend M. Crohn en gematchte controles gebruikt. Met single-cell RNA-sequencing werden eerst de betrokken pathways in kaart gebracht. Vervolgens werd een ruimtelijke kaart van de RNA-expressie gemaakt op aangrenzende coupes met 10x Visium, zodat de gevonden pathways letterlijk op de weefselkaart konden worden teruggeprojecteerd. Tot slot legden de auteurs bekende IBD-risicogenen over deze ruimtelijke “modules” om te zien of genetische vatbaarheid zich concentreert in specifieke gebieden (microenvironments).

De bevindingen zijn opvallend, maar passen in wat we al wisten. Dicht onder ulceraties blijkt een inflammatoire “hub” te ontstaan waarin fibroblasten overschakelen naar een immuun-regulerende toestand en daar T- en B-cellen aantrekken en activeren. Die zone gaat gepaard met lymfoïde aggregaten (tertiary lymphoid structures). Een tweede, duidelijk gescheiden zone, bevindt zich dieper in de darmwand. Hier domineren fibroblasten die juist collageen produceren en matrix opbouwen, oftewel: het gebied waar de stenose fysiek ontstaat. Opmerkelijk is dat bekende IBD-risicogenen clusteren in deze twee specifieke microenvironments: in de ontstekingshub onder de mucosa en in de lymfoïde aggregaten. Belangrijk is dus niet alleen welke cellen aanwezig zijn, maar vooral waar ze met elkaar interacteren.

Waarom is dit relevant voor de kliniek? Het verklaart mogelijk waarom puur anti-inflammatoire therapie bij bestaande stenose niet meer werkt: de diepe fibrosering kan blijven doorlopen, ook als de oppervlakkige ontsteking verbetert.

Voor behandeling en trials suggereert dit een tweesporenbeleid: gericht dempen van de inflammatoire “hub” aan de mucosazijde, en aparte interventies op de diepe fibrosering aangrijpen (bijvoorbeeld in timing, toedieningsroute of doelwitkeuze). Ook voor endoscopie en pathologie is de implicatie praktisch: neem gericht samples op het juiste niveau en volg beide niches over de tijd. Voor translationeel onderzoek levert dit onderzoek ook nieuwe invalshoeken: wat is de rol van de lymfoïde aggregaten en zouden we hierop kunnen ingrijpen?

Breder gezien laat dit werk zien wat spatial transcriptomics toevoegt boven bulk of enkelcel-data: het maakt ziekteprocessen ruimtelijk inzichtelijk. Dat is niet alleen relevant voor IBD, maar ook voor hepatologie, waar veel processen zone-gebonden zijn (periportaal vs. pericentraal) en fibrose de architectuur bepaalt. De techniek is kostbaar, maar de baten groeien wanneer we referentiedatabanken opbouwen die als gemeenschappelijke atlas kunnen dienen. Niet elk centrum hoeft alles zelf te meten; met gestandaardiseerde protocollen, gedeelde coördinaten en open metadata kunnen we veel hergebruiken. De ruwe data van dit soort studies zijn vaak via publieke databases beschikbaar; praktische herbruikbaarheid staat of valt met zorgvuldige annotatie en harmonisatie.

Natuurlijk zijn er ook beperkingen. De spatial transcriptomics-data in deze studie heeft een resolutie van 20-30 cellen per meetpunt, waardoor signalen mengen. Maar de resolutie van spatial technieken neemt snel toe: kleinere spots en probe-gebaseerde platforms (zoals Xenium/MER-FISH) naderen “single-cell in situ”, en combinaties met imaging en proteomics komen binnen handbereik. Juist daarom loont het om nu te investeren in goede referentiekaders, data-sharing en klinisch relevante fenotypering.

Kong, L., Subramanian, S., Segerstolpe, Å. et al. Single-cell and spatial transcriptomics of stricturing Crohn's disease highlights a fibrosis-associated network. Nat Genet 57, 1742–1753 (2025).

Landelijke werkgroep QUEST

De werkgroep Quality in EndoSonography Team (QUEST) werd in 2015 opgericht als een regionaal samenwerkingsverband van endosonografisten en pathologen uit het Erasmus MC en alle perifere ziekenhuizen in Zuid-Holland en Brabant, met toen als doel de kwaliteit van EUS-geleide weefseldiagnostiek bij solide pancreas laesies te verhogen. Inmiddels is de werkgroep uitgebreid met Zeeland, Den Haag en het LUMC en hebben we onze scope uitgebreid. De alledaagse frustratie van een MDL-arts die na een endo-echogelegeide punctie van een pancreaslesie van de patholoog te horen krijgt dat het weefsel toch echt van te matige kwaliteit is, heeft ertoe geleid dat we nu, door gestructureerde kwaliteitsmonitoring en feedback de diagnostische opbrengst sterk verbeterd hebben. Het succes van QUEST schrijven we mede toe aan het creëren van een open, veilige sfeer voor het delen van resultaten en het ontvangen van feedback. Drie keer per jaar komen we bijeen om casuïstiek te bespreken en onderwijs te organiseren. De prestatie-indicatoren “rate of adequate sample” (RAS), “diagnostic yield of malignancy” (DYM) en “sensitivity for malignancy” (SFM) worden grafisch weergegeven, wat zorgt voor gerichte terugkoppeling, discussie en protocolafspraken tussen de deelnemende ziekenhuizen.

In een belangrijke publicatie uit 2022 (door Hannah M. Schutz et al.) werd het gebruik van deze grafische weergave in de vorm van leer- of verbetercurves (cumulatieve som, oftewel CUSUM) in vijf Nederlandse perifere ziekenhuizen gerapporteerd. Over 431 procedures in 403 patiënten werd aangetoond dat na de start van QUEST de RAS over tijd significant verbeterde en waarbij in drie van de vijf centra eind 2018 het prestatietarget (DYM ~70%) werd bereikt. Bovendien bleek dat een plotselinge verslechtering van deze curve in één centrum werd veroorzaakt door de tijdelijke afwezigheid van een ervaren cytopatholoog. Dit gaf inzicht in belangrijke factoren die de kwaliteit kunnen beïnvloeden. Een latere nationale analyse uit 2023 (door Rutger Quispel et al., in samenwerking met Dutch Pancreatic Cancer Group [DPCG]) onderzocht alle EUS-geleide weefseldiagnostiek voorafgaand aan resectie van pancreaskanker in Nederland tussen 2014 en 2018 (691 van 1.638 geresceerde patiënten). De RAS was zeer goed (95%, range 89-100%) maar de SFM bedroeg slechts 65% (range 53-90%). Alle centra haalden het RAS prestatietarget (>85%), maar slechts 9 van de 17 centra haalden het SFM-target (>85%). Duidelijke

praktijkvariatie dus en ruimte voor verbetering. QUEST kan hierbij als een voorbeeld dienen voor andere delen in Nederland. Naar verwachting zullen deze prestatie-indicatoren door automatische landelijke registratie via DGEA (Dutch Gastrointestinal Endoscopy Audit) in de komende jaren voor alle deelnemende Nederlandse ziekenhuizen beschikbaar worden.

Inmiddels zijn we dankzij een subsidie van Beter Keten ook op weg om de diagnostiek naar gastro-intestinale subepitheliale lesies in de bovenste tractus in kaart te brengen en te optimaliseren. Dit SET-Q project is geheel in het kader van ‘less is more’ en in lijn met ijsbrekerprojecten gestart en zit nu in de afrondende fase. In dit project onderzoeken we onder andere in een multicenter retrospectieve datastudie welke diagnostische technieken worden gebruikt, wat de diagnostische opbrengst is, en hoe dit varieert tussen centra. Uiteindelijk is er de intentie om met de bevindingen en implementatie van nieuwe technieken een blijvend kwaliteitsverbeteringsinitiatief te implementeren, waarmee de diagnostische opbrengst verhoogd kan worden en onnodige controles of vervolgonderzoeken voorkomen kunnen worden.

De werkwijze van QUEST heeft aangetoond dat multidisciplinaire samenwerking en een gestructureerde aanpak van kwaliteitsmonitoring en feedback gericht op benchmarks leidt tot significante verbeteringen in de diagnostische kwaliteit. Het succes van dit regionale initiatief kan als voorbeeld dienen voor andere regio's die vergelijkbare verbeterinitiatieven willen opzetten. Mocht u hier meer van willen weten, neem dan contact op met de auteurs van dit artikel.

Rutger Quispel (MDL-arts RdGG Delft)

Lieke Hol (MDL-arts Maasstad ziekenhuis Rotterdam)

Lydi van Driel (MDL-arts Erasmus MC Rotterdam)

MDL Fonds

Nieuwe MDL Hulplijn biedt patiënten praktische ondersteuning en ontlast de zorg

Recente inzichten uit een peiling onder PDS-patiënten laten zien dat veel mensen zich onvoldoende geholpen voelen door de adviezen die zij na hun diagnose kregen. Om deze kloof te verkleinen introduceert MDL Fonds de MDL Hulplijn, waar patiënten met PDS of andere MDL-klachten terecht kunnen voor deskundige tips, betrouwbare informatie en een luisterend oor, als aanvulling op de zorg van MDL-artsen.

Het initiatief voor de telefonische Hulplijn sluit aan op recente inzichten uit een peiling onder 1341 mensen met het prikkelbare-darmsyndroom (PDS), uitgevoerd door MDL Fonds en de PDS Belangenorganisatie (PDSB). De resultaten bieden een duidelijk beeld van wat patiënten ervaren, welke informatie zij missen en waar in de praktijk kansen liggen om begeleiding en voorlichting te verbeteren.

Onderzoek laat behoefte aan extra ondersteuning zien

Uit het onderzoek blijkt dat ruim twee derde (69%) van de patiënten aangeeft dat de adviezen die zij hebben gekregen vanuit de zorg niet altijd voldoende houvast bieden in het omgaan met klachten. Het cijfer illustreert dat patiënten na het consult of na een behandelplan regelmatig met vragen blijven zitten over voeding, leefstijl, keuzes in behandelopties en manieren om klachten te verminderen.

PDS is een veelvoorkomende chronische darmaandoening die naar schatting bij 5 tot 10 procent van de Nederlandse bevolking voorkomt. De klachten variëren van buikpijn en diarree tot verstopping, gasvorming en vermoeidheid en hebben vaak impact op meerdere terreinen in het dagelijks leven. Zo ervaart 65 procent van de respondenten negatieve gevolgen voor de mentale gezondheid. Ook sociale contacten (49%) en vrije tijd (46%) worden beïnvloed. Eén op de vijf patiënten meldt zich met enige regelmaat ziek. Hoewel veel patiënten wel adviezen ontvangen, bijvoorbeeld over voeding of via een verwijzing naar een diëtist of specialist, ervaart 52 procent deze adviezen als ontoereikend. Daarnaast geeft 36 procent aan slechts gedeeltelijk

handvatten te hebben gevonden die helpen om beter met klachten om te gaan. Vooral behoefte aan duidelijke informatie over behandelopties (59%), adviezen op het gebied van leefstijl en ontspanning (54%) en betrouwbare informatie (42%) komt sterk naar voren.

Kennis over zelfmanagement blijft beperkt

Een belangrijk inzicht uit het onderzoek is dat veel patiënten niet goed weten welke hulpmiddelen of strategieën zij zelf kunnen toepassen. Slechts 24 procent is bekend met beschikbare hulpmiddelen zoals keuzehulpen, voorlichtingsmateriaal of bestaande patiëntenmodules. De PDS-keuzehulp, die in samenwerking met MDL-artsen is ontwikkeld, wordt door 69 procent van de respondenten niet gekend.

Het gevolg is dat patiënten vaak blijven zoeken naar manieren om hun klachten te verminderen, terwijl er wel degelijk opties bestaan die verlichting kunnen bieden. Via voeding, beweging, ontspanning of stressreductie bijvoorbeeld, vormen van zelfzorg die kunnen bijdragen aan meer grip op klachten. Veel patiënten weten echter niet welke mogelijkheden er zijn of hoe ze deze veilig kunnen toepassen. Deze kloof vormt een belangrijke reden voor MDL Fonds om de MDL Hulplijn te starten. Zo kunnen patiënten hun eigen regie versterken.

MDL Hulplijn: aanvulling op de spreekkamer

Met de lancering van de Hulplijn wil MDL Fonds bijdragen aan betere ondersteuning buiten de spreekkamer. Ook omdat MDL-zorg onder druk staat. Bellers krijgen een ervaringsdeskundige op MDL-gebied aan de lijn, die advies kan geven bij uiteenlopende MDL-aandoeningen, waaronder PDS, brandend maagzuur, ziekte van Crohn, leveraandoeningen en kanker aan een van de MDL-organen. Ook naasten kunnen terecht met vragen.

De ervaringsdeskundige deelt informatie die is ontwikkeld in samenwerking met MDL-artsen. Zij denkt mee over vervolgstappen, praktische zaken en kan waar nodig doorverwijzen naar aanvullende ondersteuning (zoals een diëtist) of betrouwbare bronnen. Daarnaast draagt de Hulplijn bij aan een grote behoefte: het luisteren naar zorgen en ervaringen van patiënten.

"Artsen doen belangrijk werk bij diagnose en behandeling. Met de MDL Hulplijn willen we patiënten extra handvatten geven om in hun dagelijks leven beter met klachten om te



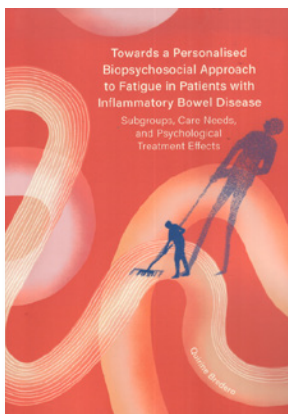
gaan,” zegt Mariël Croon, directeur van MDL Fonds. “De vele voorlichtingsvragen die we dagelijks ontvangen laten zien dat duidelijke uitleg en context enorm belangrijk zijn. De Hulplijn helpt patiënten om zelf meer grip te krijgen op hun klachten en tegelijkertijd de druk op de zorg te verlichten.”

Bereikbaarheid

De MDL Hulplijn is bereikbaar van maandag tot en met donderdag tussen 09.30 en 12.30 uur via **033 – 752 35 50**. Meer informatie, inclusief materialen die met MDL-artsen zijn ontwikkeld, staat op www.mdlfonds.nl/hulplijn.

Proefschriftsponsoring 2025

Zoals bekend kan de NVGE een bijdrage leveren aan de drukkosten van proefschriften van NVGE-leden. Het bedrag van de proefschriftsponsoring door de NVGE bedraagt voor 2025 onveranderd € 500,-. Een samenvatting van het proefschrift wordt na toekenning op de website van de NVGE geplaatst. Het aanvraagformulier voor proefschriftsponsoring kunt u downloaden via www.nvge.nl. U kunt daar ook de voorwaarden nalezen. Onderstaande leden ontvingen in de afgelopen periode proefschriftsponsoring. De samenvatting van deze én eerdere proefschriften kunt u vinden via www.nvge.nl



Proefschrift Q.M. Bredero.

Q.M. Bredero, 12 november 2025, Groningen

Towards a personalised biopsychosocial approach to fatigue in patients with inflammatory bowel disease: Subgroups, care needs, and psychosocial treatment effects

I.A. Caspers, 7 november 2025

Insights into gastric cancer: towards tailored surveillance and treatment strategies

E. Visser, 5 november 2025, Amsterdam

New insights into the management of ulcerative colitis

L.W.T. Meulen, 31 oktober 2025, Maastricht

Optimizing quality of endoscopic care for large colorectal polyps and T1 colorectal cancers

A.J.M. Pronk, 17 oktober 2025, Amsterdam

Urgical Treatment Of Crohn's Perianal Fistula

C.B.E. Busch, 9 oktober 2025, Amsterdam

Endoscopic duodenal ablation for the treatment of type 2 diabetes: New insights and techniques

A.Rezazadeh Ardabili, 9 oktober 2025, Maastricht

Towards comprehensive diseases control in Inflammatory Bowel Disease

A.A.J. Grüter, 19 september 2025, Amsterdam

Standardization and Quality Assessment in Surgery

A.M. van der Waaij, 2 juli 2025, Groningen

Making the invisible visible; targeted fluorescence molecular imaging in the gastro-intestinal tract

R.C.W. Klomberg, 11 juni 2025, Rotterdam

Real-world data in pediatric inflammatory bowel disease

