



GastrOlympics 2019: een groot succes!



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:

Van Gijtenbeek
secretariaatszaken en
congresbegeleiding
Postbus 657,
2003 RR Haarlem
Tel: 023 - 5513016
Fax: 023 - 5513087
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
Fax: 023 - 5513087
E-mail: secretariaat@nvge.nl
ledenadministratie@nvge.nl

Lidmaatschap:

Aanmelden via www.nvge.nl

Opzegging:

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

Overname van gegevens uit
DDD news is toegestaan met
bronvermelding.

Vormgeving:

M.art grafische vormgeving

Omslagfoto:

Groepsfoto GastrOlympics 2019

De partners van de NVGE in 2019 zijn:

Ferring BV
Janssen-Cilag
Norgine
Olympus Nederland BV
Takeda
IBD-Care

ISSN: 2543-3075



VOORWOORD



Beste lezers,

In deze aflevering van DDD news worden we weer meegenomen naar verre oorden. Het is bijzonder om te lezen hoe collegae in het buitenland voor uitdagingen staan die wij hier in Nederland niet kennen en hoe deze uitdagingen worden aangegaan met altijd in het oog de kwaliteit van zorg. Zeer inspirerend deze verhalen en ik heb het idee dat dit een zeer goed gelezen onderdeel is van ons inmiddels niet meer weg te denken tijdschrift. Misschien bent u wel deze vakantie geweest in de landen en ziekenhuizen, op

bezoek bij onze collegae in het buitenland: Stuur uw foto's in voor de komende DDD news met kort de indrukken opgedaan.

Ook absoluut lezenswaardig is natuurlijk het visiedocument wat in de laatste ledenvergadering zonder commentaar is geaccordeerd. Als bestuur zijn wij hierover zeer verheugd en hopen in de komende jaren mooie voorstellen te krijgen voor innovatief Nederlands MDL-onderzoek. Tijdens de komende ledenvergadering zullen de voorwaarden worden besproken, de verwachting is dat de inschrijving voor het NVGE Stipendium opengaat tijdens de president select in het najaar. In het kader van "kennis halen uit het buitenland" zoals ook benoemd in het visiedocument graag aandacht voor de presentatie van professor Siriwardena, hepatobiliair oncologisch chirurg uit Manchester.

Dit najaar is de DDD nog één keer vertrouwd op de donderdag en vrijdag, vanaf 2020 zullen de woensdag en donderdag de vaste dagen worden voor de DDD, dit heeft het bestuur besloten na de positieve reacties van afgelopen voorjaar. Het cursorisch onderwijs zal in het voorjaar van 2020 plaatsvinden op de woensdagochtend en de voormiddag. Na wat puzzelen kunnen we net zoveel abstracts accepteren als in de voorgaande jaren dus we verwachten net zoveel goede en gevarieerde wetenschap als in de voorgaande edities van de DDD!

Dus nog een laatste maal op donderdag en vrijdag. Wederom met op de donderdag de goed gewaardeerde meet de expert sessies en zoals gebruikelijk in het najaar het NVH-symposium, dit keer met als onderwerp portale hypertensie. Verder aandacht voor inflammatoire darmziekten, innovatie in de MDL en voeding. Daarnaast niet meer weg te denken inmiddels de symposia

Lees verder op pagina 5.

INHOUD

Visie NVGE voor de komende vijf jaar	5
Coming: symposia en activiteiten tijdens DDD	6
MDL-arts in buitenland: Sjoerd Bakker	10
European Society of Gastrointestinal Endoscopy	15
DDD Science: VIDI beurzen, wie kregen ze?	17
Research: bijdragen vanuit NVGIC en Sectie Oncologie	22
Reisverslag: DDW San Francisco	23
Terugblik GastrOlympics 2019	26

CONGRESAGENDA 2019/2020

16-17 september 2019

Train The Colonoscopy Trainer
Locatie: LUMC Leiden
Informatie: 071 - 526 5217

21-24 september 2019

World Congress of Gastroenterology
Locatie: Istanbul
Informatie / registreren:
<https://www.wcog2019.org/>

2 oktober 2019

Cursorisch onderwijs in Maag-Darm-Leverziekten
Locatie: Conference Center NH Koningshof te Veldhoven
Inlichtingen: Secretariaat NVMDL
Tel.: 023 - 551 3016
E-mail: congres@mdl.nl

3 - 4 oktober 2019

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

11 oktober 2019

Lustrumsymposium Supportive Care Team AvL
Locatie: Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam
Inschrijven: www.avl.nl/agenda/2019/lustrumsymposium-supportive-care-team/

19 - 23 oktober 2019

UEG week Barcelona
Sharing the future of digestive health
<https://www.ueg.eu/week/>

1 - 3 november 2019

Jaarlijks congres IANS (International Anal Neoplasia Society)
Amsterdam
<https://www.iansoc.org/>

5 november 2019

KNMG 170 jaar Jubileumcongres
Locatie: NBC in Nieuwegein
Inschrijven: <https://www.knmg.nl/agenda/evenement/knmg-jubileumcongres-dokter-in-verandering.htm>

8-12 november 2019

AASLD, The Liver Meeting
Locatie, Boston, VS
www.aasld.org

18 november 2019

Casuïstische conferentie NVGE
Locatie: Jaarbeurs Utrecht
inschrijven via www.mdl-congressen.nl

28 november 2019

34e Erasmus Liver Day
Locatie: Congrescentrum de Doelen te Rotterdam
Inlichtingen via het secretariaat Hepatologie Erasmus MC:
liverday@erasmusmc.nl of
010-703 5942.
Website: www.erasmusmc.nl/liverday

16 - 17 december 2019

Amsterdam Live Endoscopy
Website: www.amsterdamendoscopy.com

18-19 maart 2020

Digestive Disease Days
Nederlandse Vereniging voor Gastroenterologie
Locatie: Conference Center NH Koningshof
Inlichtingen: Secretariaat NVGE,
Tel.: 023 - 551 3016
Inschrijven via www.mdl-congressen.nl (DDD)

19 maart 2020

Cursorisch onderwijs in Maag-Darm-Leverziekten
Locatie: Conference Center NH Koningshof
Inlichtingen: Secretariaat NVMDL,
Tel.: 023 - 551 3016
Inlichtingen via congres@mdl.nl
Inschrijven via www.mdl-congressen.nl (DDD)

17 januari 2020

T1 CRC werkgroep symposium 2020: "Handen in het haar bij het MDO"
Locatie: Mereveld, Mereveldseweg 9, Utrecht
Inlichtingen: www.T1CRC.com

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

Tijdstippen diverse ledenvergaderingen:

Nederlandse Vereniging voor Hepatologie	3 oktober	09.00 uur - Baroneizaal
Nederlandse Vereniging voor Gastroenterologie	3 oktober	11.30 uur - Baroneizaal
NVMDL i.o.	3 oktober	12.00 uur - Zaal 63
Nederlandse Vereniging voor Gastrointestinale Chirurgie	3 oktober	14.30 uur - Brabantzaal
Sectie Inflammatoire Darmziekten	3 oktober	09.45 uur - Zaal 81
Sectie Gastrointestinale Oncologie	3 oktober	11.00 uur - Parkzaal
Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen	4 oktober	08.00 uur - Zaal 82-83

Vervolg voorwoord.

van de vereniging van Gastrointestinale Chirurgie. Op de vrijdagochtend de videosessie van de Sectie Gastrointestinale Endoscopie: De hoogst gewaardeerde krijgt ook het podium tijdens de president select! Dus stuur veel video's in. Ook aandacht voor translationele wetenschap met een symposium over verschillende signaalroutes en medicatie. Een nieuw symposium opgezet als multidisciplinair overleg met als doel een behandelvoorstel gebaseerd op de meest actuele literatuur en misschien net buiten de geldende richtlijnen geeft hopelijk een interactieve discussie. En natuurlijk traditiegetrouw inmiddels de bijeenkomsten van de V&VN

in meerdere zalen op 4 oktober. Voor de promovendi en natuurlijk andere belangstellenden sluiten we de vrijdag af met een symposium over publiceren. Natuurlijk worden alle symposia omlijst met presentaties van nieuw onderzoek. We hopen weer op veel deelnemers dit najaar.

Voor nu tot ziens op de DDD 2019 en hopelijk allemaal weer veilig en vol inspiratie terug van vakantie!

Janneke van der Woude

De NVGE zet haar visie uiteen voor de komende 5 jaar



"De Nederlandse wetenschap op het gebied van Maag-, Darm- en Leverziekten (MDL) presteert uitstekend. Verschillende Nederlandse MDL-wetenschappers behoren tot de top van de wereld en MDL-onderzoek is in zijn algemeenheid van hoge kwaliteit." Daarmee opent de NVGE haar visiedocument voor 2019-2024. Het

Nederlandse MDL-onderzoek staat bekend om zijn multidisciplinaire onderzoeksgroepen welke al jaren hoogkwalitatief onderzoek publiceren in vooraanstaande bladen. De doelen van de NVGE in de komende vijf jaar zijn duidelijk: bevorderen van nog meer Nederlands MDL-onderzoek met

internationale impact, stimuleren van innovatieve ideeën en het bieden van een breed wetenschapsplatform. Er zal onder andere geïnvesteerd worden in nieuwe subsidies, met name voor jonge, getalenteerde onderzoekers maar ook voor multidisciplinaire en instelling overstijgende onderzoeksinitiatieven. Voor de verdere details kunt u het NVGE visiedocument 2019-2024 er op naslaan. U heeft dit visiedocument als lid ontvangen. De NVGE benadrukt in haar visie op de komende jaren ook het belang van samenwerking met de zusterverenigingen.

Wat vindt u van de wijze waarop de NVGE het Nederlandse MDL-onderzoek de komende jaren internationaal nog sterker op de kaart wilt zetten? Laat het ons weten!

Samenstelling bestuur

Prof. dr. P.D. (Peter) Siersema, *voorzitter*

Prof. dr. L.P.S. (Laurents) Stassen, *vice-voorzitter*

Dr. W.H. (Wouter) de Vos tot Nederveen Cappel, *penningmeester*

Prof. dr. C.J. (Janneke) van der Woude, *secretaris*

Prof. dr. J.C. (Hankje) Escher, *lid*

Dr. K. (Klaas) van der Linde, *public relations*

toegevoegde leden:

Dr. J.M. (Jan-Maarten) Vrolijk, *Nederlandse Vereniging voor Hepatologie*

Dr. A.E. (Andrea) van der Meulen, *Sectie Inflammatoire Darmziekten*

Dr. B. (Bart) Koot, *Sectie Kinder-MDL*

Dr. P. (Peter) van Duijvendijk, *Nederlandse Vereniging voor Gastro-intestinale Chirurgie*

T. (Thea) Korpershoek, *Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland MDL*

Prof. dr. A.J. (Arjan) Bredenoord, *Sectie Neurogastroenterologie en motiliteit*

Dr. J.M. (Jolanda) van Dieren, *Sectie Gastrointestinale Oncologie*

Dr. M.E. (Manon) Wildenberg, *Sectie Experimentele Gastroenterologie*

Dr. M.J. (Mireille) Serlie, *Netherlands Society for Parenteral and Enteral Nutrition (NESPEN)*

Dr. M.J.M. (Marcel) Groenen, *Sectie Gastrointestinale Endoscopie*

Dr. M.P. (Thijs) Schwartz, *namens MDL-Raad W&I van de NVMDL*

Dr. V.K. (Vincent) Dik, *aios MDL, redactie DDD news*



Ajith Siriwardena

Professor Ajith Siriwardena is **donderdag 3 oktober** spreker tijdens het symposium van de Nederlandse Vereniging voor Gastrointestinale Chirurgie in de Brabantzaal over de biologie van colorectale levermetastasen. Hij is hoogleraar aan de Universiteit van Manchester en HPB chirurg in het "Manchester Royal Infirmary". Na de president select zal hij een state of the art lecture geven met als titel: "Practical management of the patient with liver metastases from colorectal cancer"

Short CV of Ajith Siriwardena MD FRCS.

I studied medicine at the University of Manchester and then trained in General and Hepatobiliary Surgery in Manchester, Edinburgh, Richmond USA and with Professor Henri Bismuth in Paris. I moved to my current position as Consultant Surgeon at the Manchester Royal Infirmary in 1999 and was appointed Professor of Hepatobiliary Surgery at the University of Manchester in 2008.

In 2007 I received the prestigious "Silver Scalpel" award as the best surgical trainer in the UK.

My clinical practice is in Hepato-pancreato-biliary oncological surgery. I have research interests in pancreatic inflammatory disease and in liver oncological surgery. I am the President-Elect of E-AHPBA.

Klinische voeding op de MDL-kaart!

De Taskforce Voeding NVMDL presenteert **donderdag 3 oktober** a.s. tijdens de DDD het middagsymposium "Klinische voeding op de MDL-kaart!". Het belangrijkste doel van de Taskforce Voeding is om de zorg voor patiënten te verbeteren door het verspreiden van kennis over Voeding onder MDL-artsen en aios MDL. Het gaat dan om praktische algemene kennis en ook ziekte-specifieke kennis, want

MDL-ziekten en Voeding zijn nauw verweven. Daar willen wij een mooie start mee maken. Onder meer Ben Witteman, MDL-arts Ziekenhuis Gelderse Vallei en buitengewoon hoogleraar 'Voeding en darmgezondheid in transmurale zorg' aan Wageningen UR, zal spreken. Verder willen wij inzicht geven in onze plannen en met u van gedachten wisselen over een mooie Voedingstoekomst voor de MDL. Tot in Veldhoven!

Mini-symposium "Portale Hypertensie"

Donderdag 3 oktober in de Baroniezaal, 9.30-11.30 uur.

Portale hypertensie ligt ten grondslag aan veel levensbedreigende complicaties bij patiënten met levercirrose. De laatste jaren is veel nieuwe kennis beschikbaar gekomen op het gebied van portale hypertensie, bijvoorbeeld met betrekking tot de optimale timing van transjugulaire intrahepatische portosystemische shunt (TIPS) bij varicesbloedingen of het gebruik van bèta-blokkers bij patiënten met gedecompenseerde cirrose. Tijdens dit mini-symposium worden deze en andere onderwerpen belicht én wordt uw stem gevraagd met betrekking tot de focus van het

wetenschappelijk onderzoek aangaande portale hypertensie in Nederland. Key note speakers zijn o.a. **Professor Frederik Nevens** (UZ Leuven) en **Dr. Virginia Hernandez-Gea** (Hospital Clinico Barcelona). Gezien het internationale karakter van de sprekers zal het symposium in het Engels worden verzorgd.

Namens de werkgroep portale hypertensie
Sandra Coenen, Bart Takkenberg, Matthijs Kramer



CV

Frederik Nevens is Professor of Medicine at the KU Leuven, Belgium.

Personalalia

Date of birth: June 2, 1958
Hepatology-Liver Transplantation
University Hospitals, KU Leuven

He is Hepatologist and the Medical Director of the Liver Transplant program at the University Hospitals Leuven (Belgium).

As a specialist in Internal Medicine, Gastroenterology and Hepatology, he earned his medical degree from the KU Leuven (summa cum laude) as well as his PhD (Pathophysiology of Portal Hypertension).

He performed during 1 year an additional training at the liver unit of the University of Barcelona.

For 15 years he was Senior Clinical Researcher granted by the 'Fund of Scientific Research Flanders' (Belgium) and he was chairmen of the division of Hepatology and of the lab of Hepatology.

He co-founded the Belgian Association of the Study of the Liver (BASL), was secretary of the Flemish society of Gastroenterology (VVGE), has served as an European Association of the Liver (EASL) board member and was president of the Belgian Liver and Intestinal Transplantation Committee (BLIC).

He is currently the coordinator of the courses of Digestive Diseases at the University of Leuven (KUL).

Current research interests include : complications of cirrhosis, liver transplantation, chronic hepatitis B and C viruses, PBC/PSC/AIH and polycystic liver disease and he runs the clinical trial unit of the division of Hepatology (10-15 clinical trials /year). 01-11-2017

He is author/co-author of 850 publications (web of science) with a sum of times cited of 17 720 and >300 PUB med manuscripts (including New England Journal of Medicine, Lancet, Nature Medicine, BMJ, Gastroenterology, Gut, Hepatology, Journal of Hepatology and American Journal of Transplantation).

He has currently a H index of 62 and he is the author/co-author of >500 lectures at national and international scientific meetings (including Best of EASL speaker and Gastro Update Europe).



CV

Virginia Hernández-Gea

Birth date: 17/08/1980

Nationality: Spanish

Education and training

1998-2004: Medical Degree. University Miguel Hernandez de Elche. Alicante (Spain)

2005-2009: Residency in Gastroenterology and Hepatology. Hospital Santa Creu I Sant Pau. Barcelona

2009: Two-months Liver Transplant Fellowship. Presbyterian Hospital of Columbia University. New York (US). Mentor: Dr. R Brown

2009: PhD in Hepatology and Portal Hypertension. Autonomous University of Barcelona. Doctoral thesis title "Prevention of esophageal variceal rebleeding" Director: Dr. Candid Villanueva

2009-2012: 3-years Postdoctoral Fellowship in Molecular Biology. Liver Fibrosis Mount Sinai Medical School, New York (US) Mentor: Prof. Scott L Friedman

2012-2013: 1-year Postdoctoral Fellowship in Genetic & Genomics. Hepatocellular Carcinoma. IDIBAPS. Barcelona (Spain) Mentor: Prof. JM Llovet

Work experience

2012-2013: Attending Physician Gastroenterology & Hepatology. Hospital Santa Creu I Sant Pau. Barcelona (Spain)

2013- present: Attending physician. Specialist in Hepatology. Liver Unit. Hospital Clinic. Barcelona

2013- present: CIBERehd & IDIBAPS Research Associate

Area of interest

Hepatologist with special focus on liver hemodynamics and portal hypertension and transational research. Since 2013 staff member at the Barcelona Hepatic Hemodinamyc Unit directed by Dr. Garcia-Pagan, one of the most devoted units to the study of portal hypertension and liver hemodynamics

Tasks in international societies

- Steering committee at the Special Interest Group (SIG) of Portal Hypertension. AASLD
- Vice secretary of Vascular Liver Disease Interest Group (VALDIG)
- Steering committee Baveno VI and VII
- Governing Board of Spanish Association for the Study of the liver (AEEH)

International scientific awards

- Young Investigator Award EASL 2019

Publications

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=hernandez+gea>

Symposium: En nu publiceren..

Vrijdag 4 oktober, 14.00 uur, Auditorium.

Internationale impact van Nederlandse MDL-onderzoeken, dat wil de NVGE heel graag ondersteunen. Het onderzoek is af, de resultaten zijn prachtig, maar hoe verder? In dit symposium worden adviezen gegeven om je werk nog beter op de kaart te zetten en om de juiste keus te maken voor je artikel. Een tijdschrift kiezen is niet altijd even makkelijk, een hoge impact is soms niet alleen de beste keus. En hoe zorg je ervoor dat jou artikel opvalt, en wat als onverhoopt er geen belangstelling is van het door jou zorgvuldige uitgezochte tijdschrift. In dit symposium geven we enkele tips voor een maximaal resultaat.

Symposium MDO tijdens de DDD

Vrijdag 4 oktober vindt om 11.30 uur in de Parkzaal het symposium "Multidisciplinair Overleg" plaats. Een nieuw idee voor een symposium georganiseerd door de NVGE.

Het MDO is een belangrijk instrument om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het wordt geassocieerd met verbeterde patiëntuitkomsten, vermindering van vermijdbare schade bij de patiënt en minder conflicten tussen teamleden.

Op het symposium "Multidisciplinair Overleg" tijdens de DDD worden twee casus van ziektebeelden besproken die bij uitstek multidisciplinair zijn. Een casus pancreascarcinoom en een casus T1-rectumcarcinoom. Na de multidisciplinaire bespreking van de casus zullen enkele aspecten van de casus door de aanwezigen specialisten verder toegelicht worden. Wij hopen op twee interactieve MDO's met de nodige discussie en nodigen u van harte uit hieraan deel te nemen!

Stap samen met ons in de toekomst van MDL-zorg in Nederland

Interactieve sessie op **donderdag 3 oktober**, 14.00-15.00, zaal 80

De samenleving verandert. De zorg ook. Dat raakt patiënten met spijsverteringsziekten. En het heeft impact op zorgprofessionals. Het roept nieuwe onderzoeksvragen op. De Maag Lever Darm Stichting denkt hier graag samen met jou over na.

Op welke manier kunnen we een **gezonde leefstijl** bevorderen, om zo bij te dragen aan het verlagen van het risico op spijsverteringsziekten?

Hoe kan **vroegdiagnostiek** bijdragen aan het verminderen van de impact van spijsverteringsziekten op het leven van de patiënt?

Welke **samenwerkingen** moeten wij aangaan om de zorg voor patiënten met spijsverteringsziekten te verbeteren? Hoe kunnen wij gezamenlijke taal vinden om de spijsvertering in Nederland op de kaart te zetten?

Denk mee over de nieuwe ambities van de Maag Lever Darm Stichting (MLDS)!

Hoe kunnen we onze tijd en middelen goed inzetten op deze thema's om zo te werken aan een betere zorg en een gezonde spijsvertering voor iedereen?

Wij nodigen u van harte uit om samen met ons van gedachten te wisselen op donderdag 3 oktober van 14.00 tot 15.00 uur in Zaal 80.

De input uit deze interactieve sessie zal nadien gedeeld worden o.a. met de besturen van de NVMDL, de NVGE en de NVH.

Bianca Schoonbeek
aanvoerder team Kennis en Innovatie
Maag Lever Darm Stichting



SJOERD BAKKER, JONGE KLARE:

6 maanden werken in Suriname als MDL-arts, een waardevolle ervaring

Op de dag van vertrek opent de voorpagina van de Surinaamse krant met het nieuws dat al het personeel van het Sint Vincentius ziekenhuis te Paramaribo het werk neerlegt. Dit vanwege niet uitbetaalde salarissen. Was dit een voorbode voor de komende 6 maanden? Betekende dit dat ik 6 maanden werkloos zou zijn? Gelukkig waren de salarissen de volgende dag, bij aankomst in Paramaribo, uitbetaald en draaide het ziekenhuis weer op volle toeren. Dit kon wel eens een bijzondere tijd gaan worden.

Begin 2019 heb ik mijn opleiding tot MDL-arts afgerond. Hierna had ik de wens om in het buitenland, een land met andere mogelijkheden en standaarden, zorg te verlenen. Via een internist-endoscopist (Sandro Dissels) uit Paramaribo kreeg ik de mogelijkheid om te werken in het Sint Vincentius Ziekenhuis. Na de gebruikelijke bureaucratie voor een visum (in totaal zijn er 12 loketten bezocht voor stempels, handtekeningen, plakzegels, gesprekken etc.) besloot ik om samen met mijn vriendin en dochtertje van 1,5 jaar het Surinaamse avontuur op te zoeken.

Sint Vincentius Ziekenhuis

Het Sint Vincentius Ziekenhuis is een van de vier ziekenhuizen in Paramaribo en heeft 200 bedden. Het is een mooi en statig ziekenhuis met hoge pilaren aan de voorzijde, groene



Het Sint Vincentius Ziekenhuis.

binnentuinen en veel open vertrekken. Het ziekenhuis is in 2002 door UNESCO aan de werelderfgoedlijst toegevoegd. Vaak waait er een fijn briesje door de kamers van het ziekenhuis. Er is een gemiddelde temperatuur van 30 graden, met soms tropische regenbuien waarbij het lijkt alsof de douche aanstaat. Op de afdeling Interne Geneeskunde werken 4 internisten, waarvan er 3 scopiëren. Er is veel vraag naar endoscopische diagnostiek. Er zijn geen MDL-artsen in het ziekenhuis. Sandro Dissels heeft met zijn stichting Sandizorg een endoscopie-afdeling opgebouwd, voor een deel middels donaties uit verschillende ziekenhuizen uit Nederland. Oorspronkelijk is Jan van Spreeuwel in 2009 in het Sint Vincentius Ziekenhuis begonnen met endoscopie.

Endoscopie

Een werkdag in Paramaribo bestaat uit een combinatie van endoscopie, poli en afdeling. Eens per week is er een MDO met de neurologen. Er werken twee endoscopieverpleegkundigen en er zijn meerdere gastro- en coloscopen aanwezig. ERCP's zijn niet mogelijk en worden verricht in het Academisch Ziekenhuis Paramaribo (AZP). Omdat patiënten pas laat op de poli komen, is de pathologie vaker in een verder gevorderd stadium waarbij opvallend veel ulcera bij een hoge HP prevalentie en NSAID gebruik. De endoscopie is grotendeels hetzelfde als in Nederland, maar er is wel een aantal verschillen. Zo is het gangbaar dat je tijdens de endoscopie de partner van een patiënt binnenvraagt om mee te kijken. Aan de partner wordt uitgelegd wat er aan de hand is, wat er moet gebeuren en welke kosten hieraan verbonden zijn. De partner beslist vervolgens ter plekke of de verrichting uitgevoerd moet worden. De verrichtingen naar aanleiding van een endoscopie worden namelijk niet vergoed in Suriname en de betaling geschiedt direct in contanten. PEG-plaatsingen gebeuren met een PEG sonde met een ruime diameter (20 French). Er is geen sondevoeding beschikbaar dus er wordt gebruik gemaakt van gemaald eten. De kans op verstopping is hierbij groter. Het ziekenhuis beschikt niet over een uitslaapkamer (vanwege ruimtegebrek) en zodoende ben je minder scheutig met sedatie.

Polikliniek en afdeling

Op de polikliniek behandel ik MDL en interne patiënten. De 2-jarige vooropleiding interne is voor mij jaren geleden, dus



Met Sandro Dissels op de endoscopiekamer.

dit is een mooie uitdaging. Een breed spectrum aan pathologie komt voorbij met onder andere TB, hyperthyreoïdie, diabetische ketoacidose en hypertensieve urgentie. We zien veel cardiovasculair lijden bij een dieet met veel zoet en zout. De poli's zijn druk waarbij je op een ochtend gemiddeld 20 patiënten ziet. Qua MDL-pathologie zien we relatief veel patiënten met maagklachten, meestal gerelateerd aan een dieet met veel peper, HP of NSAID gebruik. IBS zie ik weinig. Sinds kort is er hier een therapie beschikbaar voor patiënten met hepatitis C bestaande uit Velpatasvir + Sofosbuvir. Deze behandeling kost € 800,- en is voor eigen rekening. Op de poli is de administratieve last anders dan in Nederland en wordt er gewerkt met een papieren status. De meeste specialisten zijn vrijgevestigd en verantwoordelijk voor hun eigen statussen. Er zijn specialisten die thuis een garage hebben, waarin alle statussen opgeborgen liggen. Dagelijks nemen zij een koffer met daarin de statussen van de dag mee naar de poli.

De verpleegafdelingen zijn open en hebben veel lichtinval. Het is erg prettig om buiten met zoveel daglicht visite te lopen. Afhankelijk van de verzekering ligt een patiënt in de 1e, 2e of 3e klasse. Mannen en vrouwen liggen van elkaar gescheiden. De zusters op zaal zijn gedreven en gemotiveerd ondanks de tekortkomingen waarmee ze dagelijks te maken hebben. Met betrekking tot de tekortkomingen is het schrijnend dat essentiële medicatie in het ziekenhuis soms op is. Familieleden moeten dan (op eigen kosten) bij een apotheek in de stad medicijnen halen om aan de zusters te geven.

“Sommige specialisten werken op de leeftijd van 75 nog full time”

Zorgstelsel

In de periode dat we hier zijn, is de gezondheidszorg in Suriname geregeld onderwerp van gesprek. Met de verkiezingen in het vooruitzicht (2020) vinden er stevige veranderingen in de zorg plaats. Zo worden er meerdere Cubaanse en Chinese artsen naar Suriname gehaald om met name in het binnenland te werken. De Surinaamse specialist lijkt liever in de stad te blijven. Verder is het streven dat alle specialisten in loondienst werken. Nu zijn bijna alle specialisten vrijgevestigd en hebben hun eigen patiënten. Het leidt tot individualisering en tot een andere onderlinge dynamiek tussen de specialisten. Veel specialisten werken door tot op een hoge leeftijd omdat het opgebouwde pensioen klein is door de devaluatie van de Surinaamse dollar. Sommige specialisten werken op de leeftijd van 75 jaar nog fulltime.

Suriname

Ik ervaar de periode in Suriname als leerzaam en waardevol. Ik heb het gevoel met de kern van de zorg bezig te zijn. Er zijn minder administratieve werkzaamheden en de Surinaamse patiënt is over het algemeen zeer dankbaar. Het werk kan ook frustrerend zijn. Door tekortkomingen aan personeel, apparatuur en medicijnen kun je in schrijnende situaties terecht komen. Veel zaken die ik in Nederland als vanzelfsprekend ervaar, blijken dat hier niet te zijn. Er is geen ruime voorraad aan clips, lissen of 6-shooters. Er wordt een beroep op je flexibiliteit en creativiteit gedaan. In mijn vrije tijd geniet ik met mijn gezin van al het moois dat Suriname te bieden heeft. In het weekend verlaten we regelmatig de stad voor een trip naar de jungle in het binnenland. Daar genieten we van de prachtige natuur en de wilde dieren die er leven. Ook maken we boottochtjes op de Surinamerivier om de roze dolfijnen te bekijken. Binnenkort gaan we naar huis en nemen we veel nieuwe ervaringen met ons mee. Als ik in Nederland weer werkzaam ben, zal ik nog regelmatig terugdenken aan mijn mooie tijd in Suriname.



Binnenplaats in het ziekenhuis.

PROGRAMMA 3 OKTOBER 2019

Donderdag	Brabantzaal	Auditorium	Baroniezaal
08.30 - 09.30	Ontvangst, koffie expositiehal	Ontvangst, koffie expositiehal	Ontvangst, koffie expositiehal
08.30 - 09.30		Career Event NVMDL i.o.: 'Grenzen verleggen'	Ledenvergadering NVH Aanvang 09.00 uur
09.30 - 11.30	Symposium NVGIC 1: Nieuwe ontwikkelingen acute en chronische pancreatitis	Aanvang 10.00 uur Klinisch symposium: "Maag" klachten	NVH symposium: Portale hypertensie
11.30 - 12.00			Ledenvergadering NVGE
12.00 - 13.00	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal
13.00 - 15.00	Symposium NVGIC 2: Levermetastasen biologie	Symposium: Chirurg en MDL-arts rondom de IBD- patiënt	Abstractsessie Nederlandse Vereniging voor Hepatologie 1, gevolgd door battle: strijd tussen de 3 beste klinische papers om de jaarlijkse NVH- prijs
15.00 - 15.30	Theepauze expositiehal	Theepauze expositiehal	Theepauze expositiehal
15.30 - 17.00	Symposium NVGIC 3: Recente ontwikkelingen in de Upper GI chirurgie	Symposium Platform Innovatie: Van Value-Based MDL naar de Robot, Artificial Intelligence en Virtual Health Assistants	Symposium: Klinische voeding op de MDL- kaart!
17.00 - 17.40	President Select - abstractsessie, gevolgd door best ingezonden endoscopie video		
17.40 - 17.45	Uitreiking Gastrostartsubsidies		
17.45 - 18.15	State of the art lecture Ajith Siriwardena: "Practical ma- nagement of the patient with liver metastases from colorectal cancer"		
18.15 - 19.30	Borrel expositiehal		
19.30 - 22.00	Diner in Beneluxhal		
22.00 - 00.00	Koffie en afsluitend drankje Meerij- en Limburg foyer		

PROGRAMMA 4 OKTOBER 2019

Vrijdag	Brabantzaal	Auditorium	Baroniezaal
08.30 - 09.30	Ontvangst, koffie expositiehal	Ontvangst, koffie expositiehal	Ontvangst, koffie expositiehal
09.30 - 11.00	V&VN ochtendprogramma 1 MDL algemeen	Videosessie Sectie Gastrointestinale Endoscopie	Aanvang 10.00 uur Symposium: The healing pathway Sectie Experimentele Gastroenterologie
11.00 - 11.30	Koffiepauze expositiehal	Koffiepauze expositiehal	Koffiepauze expositiehal
11.30 - 13.00	V&VN ochtendprogramma 2 Endoscopie	Abstractsessie Sectie Gastro- intestinale Endoscopie	V&VN ochtendprogramma 3 MDL chirurgie / oncologie
13.00 - 14.00	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal
14.00 - 15.30 (evt. 16.00)	V&VN middagprogramma 1 Endoscopie	Symposium: En nu publiceren... punten van belang	V&VN middagprogramma 2 verpleegkundig endoscopisten

Parkzaal	Zaal 80	Zaal 81	Zaal 58
Ontvangst, koffie expositiehal	Ontvangst, koffie expositiehal	Ontvangst, koffie expositiehal	
Post cancer symposium: laatste inzichten rondom peri- operatieve systeemtherapie gevolgd door abstractsessie oncologie 1 11.00 uur ALV sectie Oncologie	10.00 - 11.00 uur Meet the expertsessies. Obstructie CRC	9.45 uur ALV sectie IBD 10.00 uur Abstractsessie Sectie Inflammatoire Darmziekten	
Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	Lunch Uithof
Abstractsessie - Nederlandse Vereniging voor Gastrointestinale Chirurgie 1 – Upper GI	13.00 - 14.00 uur Meet the expertsessies Obstructie CRC 14.00-15.00 uur “Hoe zetten we samen in NL de spijsvertering op de kaart?” Denk mee over de toekomst van MDL Nederland. MLDS- sessie	13.00 - 14.00 uur Meet the expertsessies “Behandeling NASH/ NAFLD”.	Seniorenprogramma (start met lunch om 12.00 uur in Uithof)
Theepauze expositiehal	Theepauze expositiehal	Theepauze expositiehal	
Abstractsessie - Nederlandse Vereniging voor Gastrointestinale Chirurgie 2 – HPB en CRC	Abstractsessie - Sectie Gastrointestinale Oncologie 2	Abstractsessie Nederlandse Vereniging voor Hepatologie 2, gevolgd door battle: strijd tussen de 3 beste basale papers om de jaarlijkse NVH- prijs	
			
Parkzaal	Zaal 80	Zaal 81	
Ontvangst, koffie expositiehal	Ontvangst, koffie expositiehal	Ontvangst, koffie expositiehal	
Symposium: Benigne levertumoren			
Koffiepauze expositiehal	Koffiepauze expositiehal	Koffiepauze expositiehal	
Symposium: Multidisciplinair Overleg	V&VN ochtendprogramma 4 Leverziekten	Abstractsessie Sectie Inflammatoire Darmziekten	
Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	
Geen programma in deze zaal.	V&VN middagprogramma 3 Inflammatoire Darmziekten	Abstractsessie Neder- landse Vereniging voor Gastroenterologie	



Het proces van opstellen en uitrollen van ESGE richtlijnen

Zondagmiddag, op de terugreis van de bestuursvergadering, geen beter moment om de vraag die de DDD aan mij stelde te beantwoorden: wat doe ik zoal bij de ESGE?

Ik overweeg om stil te staan bij waar de vereniging ESGE (European Society for Gastrointestinal Endoscopy) voor staat. Na een aanzetje besluit ik dit toch over te slaan; visie, missie, kernwaarden, we hebben het er dit weekend weer over gehad, interessant misschien voor bestuurtijgers, maar ik neem aan dat de meerderheid van de lezers dat niet is en voor hen die het wel willen weten: zie ESGE.com.

Maar wat doe ik nu binnen de club en hoe ben ik er verzeild geraakt?

Inmiddels alweer 5 jaar geleden mocht ik me bemoeien met de richtlijn over stents voor colonobstructies.

Een fascinerend proces om met een team van 12-15 collega's uit Europa, allen experts, na te denken over relevante zoekvragen (PICO's), de literatuur erbij op te zoeken en vervolgens met elkaar tot statements te komen. Die statements bleken nog best een uitdaging, het liet zich het best samenvatten als regionale accentverschillen. Een uitdaging waarvan ik me realiseerde dat ik die niet alleen op het gebied van stents aan wilde gaan. Sinds 2016 mag ik dat dan ook doen voor een breed scala aan op endoscopische therapie gefocuste richtlijnen. Hierbij bestaat mijn taak eigenlijk uit twee delen. Naast het bijdragen aan het inhoudelijke deel, een genuanceerde richtlijn met duidelijke statements, is er ook een groot deel sturing. Dit reikt van het opstellen van een overzicht wat er de komende jaren aan richtlijnen herzien moet worden, als ook het identificeren van onderwer-

pen die recht hebben op een ESGE richtlijn tot het benaderen van een richtlijnleider en het begeleiden van hem/haar bij het opzetten hiervan. Dit doe ik gelukkig niet in mijn eentje, er is een richtlijncommissie die mij hierbij ondersteunt en die zelf ook actief deelneemt aan het opstellen van richtlijnen. Ook bleek er veel interesse te zijn bij de dochtersociëteiten en individuele leden om betrokken te zijn bij het ontwikkelen van richtlijnen: 88 kandidaten hebben een motivatiebrief en CV ingestuurd n.a.v. de recente oproep voor participatie in een 5-tal richtlijnen. Dit creëerde wel weer een nieuwe taak: het opstellen en uitvoeren van een transparant selectieproces.

Last but not least: hoe geven we bekendheid aan de richtlijnen? Natuurlijk door ze te publiceren in Endoscopy maar ook door er specifieke sessies aan te wijden op bijvoorbeeld de ESGE-days. Een congres dat in twee jaar vanuit het niets is uitgegroeid tot een congres met meer dan 3000 deelnemers. Als dual member (zowel lid van de NVGE als de ESGE, informatie via secretariaat@nvge.nl) krijg je overigens aanzienlijke korting op het inschrijfgeld, de kosten van het ESGE-lidmaatschap heb je er direct uit en daarnaast ontvang je dan ook nog het tijdschrift Endoscopy op de mat. De richtlijnen zijn dan niet meer te missen.

Veel NVGE-leden schijnen dit al te weten, na de Spaanse en Italiaanse vereniging zijn wij namelijk qua ledenaantal het best vertegenwoordigd, overigens ook als je naar de verschillende commissies kijkt.

Dit brengt me tot een ander punt: stemrecht binnen het ESGE bestuur. Dit hebben we jaren gehad maar zijn we met het vertrek van Paul Fockens als voorzitter kwijtgeraakt. Gelukkig zijn in april dit jaar zowel Peter Siersema (vertegenwoordiger van de NVGE) als ikzelf (vertegenwoordiger van de individuele leden) gekozen om toe te treden tot het bestuur. Dit geeft ons weer stemrecht waarmee we invloed kunnen uitoefenen op de samenstelling van het toekomstige dagelijkse bestuur of wie weet zelf te gaan voor een van deze bestuursfuncties. Kijk dus niet vreemd op als ik over twee jaar weer een beroep op jullie doe voor jullie stem, waarbij ik hoop dat er dan nog meer Nederlandse leden zijn; we zouden Italië en Spanje toch voorbij moeten kunnen streven, tenminste in deze tak van sport?

Dr. Jeanin van Hooft, MDL-arts, Amsterdam UMC, AMC



Vijf NWO Vidi-beurzen naar "GE" onderzoekers

Recent zijn door NWO de Vidi-beurzen toegekend aan 85 onderzoekers. Met deze beurs van € 800.000,- kunnen de onderzoekers de komende vijf jaar een vernieuwende onderzoekslijn ontwikkelen. Vijf beurzen werden toegekend aan collega's die uiteenlopend onderzoek verrichten op het gebied van maag-, darm- en leverziekten. Dr. Werend Boesmans (Universiteit Maastricht) kreeg de beurs voor zijn onderzoek naar enterische gliacellen in hun ontstaan en onderhoud, dr. Janke Schinkel (Amsterdam UMC) voor haar onderzoek naar het voorkomen van chronische hepatitis C en dr. Daniele Tauriello (Radboudumc Nijmegen) voor

zijn onderzoek naar de humane afweer tegen colorectaal carcinoemen.

Dr. Qiuwei Pan (Erasmus MC) en **Dr. Joep Derikx** (Emma kinderziekenhuis – Amsterdam UMC) zullen de toegekende beurs gebruiken voor hun onderzoek naar respectievelijk voorkomen van naadlekkages en naar de ontwikkeling van antivirale middelen tegen hepatitis E.

Voor de rubriek DDD Science zetten zij uiteen wat zij de komende jaren met hun Vidi-beurs zullen gaan doen.

Drug repurposing for treating hepatitis E

Dr. Qiuwei Pan, Principal investigator Laboratory for Gastroenterology & Hepatology Erasmus MC

The emerging of HEV infection

Hepatitis viruses primary infect human liver to cause inflammation and tissue damage. HEV infection is the most common cause of acute hepatitis. In general, it is self-limiting, but can cause severe diseases in special patients. Acute infection in pregnant women bears high risk of triggering acute liver failure, leading to a high mortality rate up to 30%, and most of these patients are from resource-limited regions. In European countries, chronic infection has been widely described in immunocompromised patients, in particular, organ transplantation patients. Globally, it yearly causes around 20 million infections and 70,000 deaths. Thus, hepatitis E has now emerged as a true global health challenge, and the concerns in Europe including in the Netherlands are tremendously growing.

Clinical challenges in managing hepatitis E

For the severe acute hepatitis E cases, supportive care is the



only option. If no recovery from spontaneous clearance of the virus, these patients will have high risk to develop liver failure and death. For the chronic hepatitis E cases occurred in western counties, interferon (IFN)- or ribavirin as off-label drugs has been used to treat the infection. Fortunately, ribavirin monotherapy is effective in a subset of chronic HEV patients. However, the remaining challenges include that not all chronic HEV patients respond to ribavirin, the emerging of



potential resistance strains and the substantial side effects that limit the applications in pregnant women, young children and elderly patients. These challenges rationalize the necessity and urgency to develop new therapies for acute and chronic HEV infections.

Develop liver organoids-based models for HEV infection

For understanding the infection biology and advancing antiviral drug development, robust in vitro models are essentially needed. Classically, 2D culture of human liver cancer cell lines has been widely used for modelling HEV infection. This is a convenient model, but after all a immortalized cancer cell line is far away from reflecting the reality in hepatitis patients.

Organoids are “mini-organs” on a dish in 3D culture that are generated from adult stem cells. Compared to 2D culture of immortalized cell lines, they are much better in recapitulating the architecture, composition, diversity and organization of cell types of the organ/tissue of origin. My group has pioneered the use of intestinal organoids for rotavirus infection and antiviral research. We and others have previously demonstrated that the liver harbors resident stem cell populations that can be cultured into organoids in vitro. We have recently demonstrated that HEV is capable of infecting human liver organoids in 3D culture. This project will optimize this model for studying antiviral drugs and HEV-host interactions.

Repurposing existing FDA drugs to treat hepatitis E

Repurposing the existing FDA drugs represents a cost-effective approach to discover new anti-HEV drugs that are ready for clinical application. This project aims to screening over 1000 FDA drugs in HEV cell culture and liver organoids models to identify the leading candidates, which will be subsequently validated in animal models.

The interferon cytokines forms a first-line antiviral defence mechanism, and thus IFN- α has been used in the clinic for decades to treat viral infections. We will also screen these FDA drugs to identify candidates that are able to synergize the anti-HEV effects of IFN- α .

Future perspective

Since my move from China to the Department of Gastroenterology and Hepatology, Erasmus MC Rotterdam, in 2007, I have always dedicated to viral research. Shortly after my dissertation of PhD thesis in 2012, I was offered a unique opportunity to establish my own research group at the same laboratory. My research has been supported by several important grants, including the prestigious NWO Veni award, a KWF young investigator grant, a Career Development Grant by MLDS, a Centennial fellowship by Daniel den Hoed Foundation, a Sheila Sherlock Fellowship from EASL, and now the Vidi grant. Currently, with a group of about 20 colleagues, we are confident in developing safe, cheap and effective antiviral strategies to combat hepatitis E. This shall contribute to the global call towards the elimination of viral hepatitis by 2030.

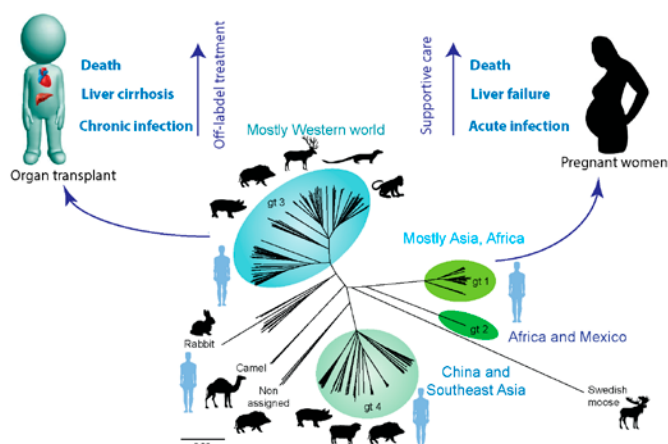


Figure 1.

The clinical burden of hepatitis E mainly is attributed to specific populations, in particular pregnant women and organ transplant patients.

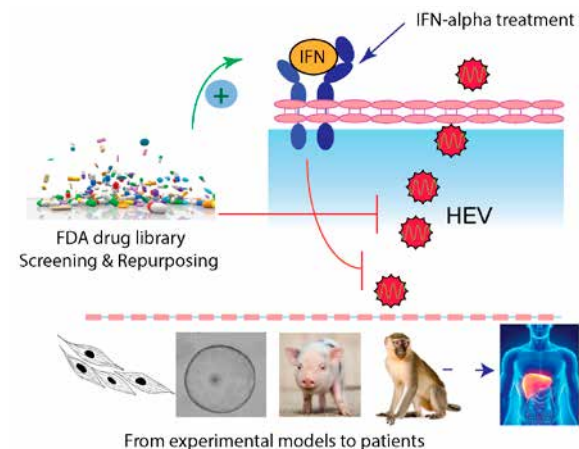


Figure 2.

Screening existing FDA drugs to identify inhibitors against HEV or drugs to enhance the anti-HEV effects of interferon (IFN)-alpha.

Heel de naad

Dr. J.P.M. Derikx, kinderchirurg, Emma Kinderziekenhuis, Amsterdam UMC, locatie AMC

We verrichten dagelijks de mooiste colorectale operaties bij patiënten met colorectaal carcinoom, inflammatoire darmziekten, diverticulitis of necrotiserende enterocolitis. Meestal gaan die patiënten zonder complicaties naar huis, maar 15% van de patiënten ontwikkelt een naadlekkage. Naadlekkage gaat gepaard met aanzienlijke morbiditeit zoals ileus, peritonitis en sepsis en met een hoge mortaliteit. Daarnaast is naadlekkage geassocieerd met verslechterde oncologische prognose in patiënten met colorectaal carcinoom. Vanaf mijn opleidingstijd in Sittard en Maastricht valt mij al op dat we voor en na de operatie niet kunnen voorspellen wie een naadlekkage zal krijgen en we weten vaak niet waardoor een patiënt zo'n naadlekkage ontwikkelt. Sterker nog: we weten niet eens precies hoe de normale naadgenezing verloopt. Dat is dan ook het doel van mijn VIDI-beurs: in detail onderzoeken welke patiënten naadlekkage krijgen en welke mechanismen betrokken zijn bij naadgenezing en naadlekkage. Als we vroeger weten wie een goed genezende naad heeft of wie gaat lekken, kunnen we onze operatie daarop aanpassen en als we meer weten over naadgenezing en lekkage kunnen we op zoek gaan naar nieuwe behandelingen.

Vooronderzoek

Biomarkers voor pre-operatieve detectie van naadlekkage zijn niet voor handen en postoperatief kunnen we naadlekkage ook vaak pas laat detecteren. Ik ben daar al een tijdje mee bezig en ontwikkelde op het lab van Wim Buurman in Maastricht biomarkers en hun ELISAs, zoals die voor Fatty Acid Binding Proteins (FABPs). FABPs zijn kleine eiwitten die snel vrijkomen bij darmcelschade. In een pilot-studie met de Sittardse colorectaal chirurgen liet ik zien dat patiënten met verhoogde FABPs grote kans hebben op naadlekkage, maar dat we lang niet alle patiënten met lekkage hiermee kunnen detecteren. Het is nu van belang om een forse stap te gaan maken en in een grote humane studie op zoek te gaan naar goede markers voor naadgenezing en naadlekkage. Het goede nieuws is dat de REVEAL-studie bijna klaar is en dat die gaat helpen om het antwoord te vinden op zojuist gestelde vragen. De REVEAL-studie zette ik op met Nicole Bouvy en onze gezamenlijke PhD-studenten in Maastricht en de colorectaal chirurgen in Sittard-Heerlen en Venlo. Het is een grote studie met 600 patiënten die een darmnaad krijgen van wie we plasma en feces verzamelen rondom de operatie. We zullen in plasma naar de diagnostische waarde voor naadgenezing en lekkage van eerder door mij onder-



zochte biomarkers kijken. Tevens zullen we metaboolom en microbiële/mycobiële analyses op faeces van de patiënten gaan uitvoeren samen met Wouter de Jonge (Tytgat Instituut AMC) om breed op zoek te gaan naar nieuwe, tot nu toe onbekende factoren die naadgenezing en lekkage kunnen voorspellen. Met machine learning zal ik dan gaan kijken in deze multi-omics datasets naar signaturen voor naadgenezing en lekkage.

Naadgenezing

Daarnaast ga ik met deze VIDI-beurs naadgenezing in detail bestuderen. Het verbaast mij nog steeds dat het merendeel van de humane en proefdierstudies alleen maar gaat over naadlekkage. Wij zullen de sequelae van naadgenezing in een proefdiermodel in kaart brengen. Daarvoor gebruiken we onder andere massa spectrometrie imaging (MSI), een techniek die op het lab van Ron Heeren in Maastricht beschikbaar is. Samen deden we een pilot-studie waarbij we leads aan het licht brachten in darmweefsel ter hoogte van de naad, die mogelijk een rol spelen bij naadgenezing. Door MSI te combineren met immunohistochemie en RNA-sequencing verwacht ik nieuwe inzichten te krijgen in de processen die een rol spelen bij naadgenezing. Daarnaast zal ik gebruik maken van organoids om de eerder gevonden metabole leads uit de REVEAL-studie te testen met betrekking tot epitheliale groei, differentiatie en inflammatie.

VIDI

Deze mogelijkheid van een VIDI komt voor mij precies op het goede moment, omdat ik een fijne plek binnen het team van de (kinder)chirurgie en het Tytgat Instituut in Amsterdam heb, de REVEAL-studie vrijwel is afgerond en de methoden voor alle experimenten zijn opgezet. Daarnaast wil ik als chirurg juist basaal bezig blijven: de vragen vanuit mijn patiënten wil ik vertalen naar het lab en de resultaten van mijn onderzoek wil ik implementeren in mijn dagelijkse klinische praktijk.

Nederlandse Vereniging voor Gastrointestinale Chirurgie (NVGIC)

Minimally Invasive Versus Open Distal Pancreatectomy (LEOPARD): A Multicenter Patient-blinded Randomized Controlled Trial.

De Rooij et al; Ann Surg. 2019 Jan;269(1):2-9.

Door: Shanna Tol, aios heelkunde, Gelre Ziekenhuizen Apeldoorn

De distale pancreatectomie (DP) is een laag volume hoog complexe ingreep met een complicatie risico tussen 30 en 50%. Reden te meer om uit te zoeken welke procedure de beste postoperatieve resultaten geeft: open resectie versus minimaal invasieve resectie.

Studie: deze multicenter 'patient-blinded' RCT waarin minimaal invasieve distale pancreatectomie (MIDP) vergeleken wordt met een open DP, werd gestart nadat er, volgens het IDEAL raamwerk, eerst een nationaal trainingsprogramma voor MIDP was opgezet. Voor 2017 werden namelijk 2/3 van de distale pancreas resecties middels laparotomie uitgevoerd. Dit is veranderd na het trainingsprogramma, het aantal MIDP'n is verzevenvoudigd.

14 centra hebben uiteindelijk 108 patiënten gerandomiseerd en geanalyseerd met een indicatie voor electieve DP i.v.m. benigne of (pre-)maligne afwijking. Primaire uitkomstmaat was dagen tot functioneel herstel, secundair werd o.a. gelet op complicaties, opnameduur en kwaliteit van leven. De patiënten groepen waren gelijk echter het functionele herstel na MIDP was significant sneller met 4 dagen versus 6 dagen na open resectie ondanks een langere operatie duur, +-30min. Ook was er minder vaak sprake van gastroparese in de MIDP groep, minder bloedverlies, en waren de patiënten gemiddeld 2 dagen sneller thuis. Deze patiënten groep heeft dan ook een betere score wat betreft postoperatieve kwaliteit van leven. Het aantal graad B/C pancreas fistula was wel hoger in de MIDP groep, hoewel dit geen effect had op het functionele herstel en de ontslagdatum. De impact van deze complicaties op de groep is daarom discutabel. Concluderend is een minimaal invasieve distale pancreatectomie, mits uitgevoerd door getrainde chirurgen, de beste optie voor een grote groep patiënten met een benigne of (pre-)maligne afwijking.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30080726>

Sectie Gastrointestinale Oncologie

Perioperative chemotherapy with fluorouracil plus leucovorin, oxaliplatin, and docetaxel versus fluorouracil or capecitabine plus cisplatin and epirubicin for locally advanced, resectable gastric or gastro-oesophageal junction adenocarcinoma (FLOT4): a randomised, phase 2/3 trial.

Al-Batran et al; Lancet. 2019 May 11;393(10184):1948-1957.

Door: Lotte van Vlerken, MDL-arts, Antoni van Leeuwenhoek

Inleiding: de survival van patiënten met een lokaal gevorderd resectabel maagcarcinoom is matig ondanks chirurgische

resectie en perioperatieve chemotherapie. De MAGIC trial (NEJM 2006) toonde aan dat de 5-jaars overleving significant verbeterde met 3 kuren pre- en postoperatief ECF (epirubicine, cisplatine en 5-FU) in vergelijking met alleen chirurgie: 36% vs 23%. De toegevoegde waarde van epirubicine in dit regime wordt de laatste jaren betwijfeld op basis van meerdere studies. In de huidige FLOT-trial wordt er in plaats van epirubicine docetaxel gegeven naast 5-FU en oxaliplatine.

Studie: in deze prospectieve gerandomiseerde open-label studie in 38 Duitse centra werden 716 patiënten met PA

bewezen resectabel cT $\geq$ 2 en/of cN+ adenocarcinoom van de maag of gastro-oesofageale overgang zonder afstandsmetastasen gerandomiseerd tussen perioperatieve chemotherapie met FLOT (experimentele groep) en ECF/ECC (controlegroep). Een diagnostische laparoscopie ter uitsluiting van peritoneale metastasen werd niet standaard verricht (40% van de patiënten). Het FLOT-regime bestond uit 4 preoperatieve en 4 postoperatieve tweewekelijkse kuren docetaxel, oxaliplatine, 5-FU en folinezuur. Het ECF/ECC-regime bestond uit 3 preoperatieve en 3 postoperatieve driewekelijkse kuren epirubicine en cisplatine, met 5-FU of capecitabine. In de FLOT-groep was de overall survival significant beter (HR 0.77, 95% CI 0.63-0.94, p=0.012), de mediane overall survival was 50 maanden versus 35 maanden in de ECF/ECC

groep. Daarnaast was er een significante verbetering van het percentage R0-resecties (85% vs 78%), ypT1 (25% vs 15%) en ypN0 tumoren (49% vs 41%). Er was geen significant verschil in toxiciteit gerelateerde SAE's (27%), ziekenhuisopname (25%) of mortaliteit (<1%). Tenminste 1 cyclus postoperatieve chemotherapie werd gegeven in 60% van de patiënten die chirurgische resectie ondergingen.

Klinische toepassing: Gezien de duidelijke overlevingswinst dient perioperatieve chemotherapie met FLOT overwogen te worden bij alle patiënten met een lokaal gevorderd resectabel maagcarcinoom indien dit haalbaar wordt geacht.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30982686>

REISVERSLAG

San Diego – DDW mei 2019

Op het moment dat ik hoorde dat de Digestive Disease Week (DDW) dit jaar in San Diego plaatsvond, werd ik direct geprikkeld. Hier wilde ik heen! En nadat mijn abstract werd geaccepteerd en met financiële ondersteuning (NVGE-reisbeurs) kon ik afgelopen mei dan ook daadwerkelijk afreizen naar het zonnige Californië. Samen met nog 20 arts-onderzoekers uit Amsterdam logeerden we in een appartement in het centrum van San Diego en gingen we elke ochtend op het stepje naar het congres. Een prachtig, enorm groot gebouw aan de baai van San Diego.

Ik mocht in San Diego de eerste resultaten bespreken van de Wait and See studie bij het locally advanced rectumcarcinoom in Isala. Een studie die wij doen in nauwe samenwerking met het AvL (professor Gerard Beets). Eerdere studies hebben aangetoond dat 15-20% van de patiënten met een locally advanced rectumcarcinoom een pathologisch complete response (ypTONO) hebben in het operatiepreparaat na chemoradiatie. Deze patiënten zijn dan waarschijnlijk eigenlijk onnodig geopereerd. Mede daarom is er de laatste jaren een trend richting orgaansparende behandeling

voor het rectumcarcinoom (Wait and See; intensieve follow up in plaats van chirurgie). In de studie die ik presenteerde vergeleken we de resultaten van de periode voor- en na de invoering van de structurele response evaluatie (met CT en MRI) in Isala. We zien dat door het selecteren van patiënten met een goede tumor respons na chemoradiatie voor een Wait and See traject er een significante afname (16% versus 6%) is van het aantal patiënten die onnodig geopereerd worden (ypTONO), zonder verschil in oncologische uitkomst. ▷



Voordracht tijdens DDW



Fietstocht met arts
onderzoekers door
San Diego

Deze uitkomsten presenteren op de DDW was voor mij een fantastische en leerzame ervaring en smaakt naar meer! Naast rectum sparende behandelingen is er ook steeds meer aandacht voor orgaan sparende behandeling van het vroege T1 colon carcinoom. Vanuit Isala begeleid ik samen met Laura Leicher (aios MDL) de landelijke Limeric I trial die binnen de T1-CRC werkgroep Nederland is uitgerold. In deze studie onderzoeken we de uitkomsten van een gecombineerde laparoscopische en endoscopische wigresectie van een (1) endoscopisch niet te verwijderen colon poliep, (2) recidief adenomateus weefsel in het litteken na EMR of (3) een

verwijderd T1-carcinoom waarbij de laterale resectieranden niet vrij zijn van tumor. Het beoogde aantal geïncludeerde patiënten is bijna gehaald en de voorlopige resultaten zijn veelbelovend! Momenteel zijn we bezig met het opzetten van de Limeric II trial, waarbij we deze gecombineerde techniek willen inzetten en onderzoeken bij patiënten met een (laag risico) T1 carcinoom. Ik hoop deze resultaten binnenkort ook te mogen presenteren op de DDD en/of DDW.

Jelle Huisman, aios MDL, Isala

Verkorte productinformatie
Naam van het geneesmiddel: Yaldigo 1600 mg, tabletten met gereguleerde afgifte. **Samenstelling:** Elke tablet met gereguleerde afgifte bevat 1600 mg mesalazine. **Farmaceutische vorm:** Tablet met gereguleerde afgifte. Filmomhulde, rood/bruine langwerpige tabletten met een afmeting van 23x11x4 mm. **Indicaties:** Colitis ulcerosa. Voor de behandeling van milde tot matig acute vormen. Voor het voorkomen van recidieven. **Dosering:** Yaldigo-tabletten, inclusief ouderen (≥ 65 jaar). **Acute fase:** In het geval van verslechtering kan de dosering verhoogd worden tot 4800 mg, eenmaal daags of verdeeld over 2-3 dosissen. Eens klinische remissie is bereikt, dient de dosering geleidelijk vermindert te worden tot de onderhoudsdosering. **Onderhoudsdosering:** 1600 mg eenmaal daags. **Contra-indicaties:** Overgevoelheid voor de werkzame stof of voor een van hulpstoffen. Ernstige levensnietveiligheidsreacties. Ernstige nierinsufficiëntie (GFR < 30 ml/min/1,73 m²). **Waarschuwingen en voorzorgen:** Bloedtesten (differentiële aantallen bloedcellen; leverfunctieparameters zoals ALAT of ASAT; serum creatinine) en urinezuur (dip-sticks) moeten geëvalueerd worden voor en tijdens de behandeling, volgens het oordeel van de behandelende arts. Als richtlijn wordt aanbevolen om opvolgtests uit te voeren 14 dagen na het begin van de behandeling, en vervolgens 2 tot 3 testen met een tussenperiode van 4 weken. Als de resultaten normaal zijn, moeten elke drie maanden opvolgtests gehouden worden. Als bijkomende symptomen optreden, moeten de tests onmiddellijk uitgevoerd worden. **Verminderde nierfunctie:** Yaldigo mag niet gebruikt worden bij patiënten met verminderde nierfunctie. Bij patiënten die nierinsufficiëntie ontwikkelen tijdens de behandeling, moet men denken aan mesalazine-geïnduceerde nefrotoxiciteit, en dan moet de behandeling onmiddellijk gestopt worden. Het is aanbevolen dat de nierfunctie gecontroleerd wordt voor en herhaaldelijk tijdens een behandeling met Yaldigo. **Bloedsuikerziekte:** Zelden is er een ernstige bloedsuikerziekte gemeld. De behandeling met Yaldigo dient onmiddellijk gestopt te worden als er vermoedens of bewijs van bloedsuikerziekte zijn (tekenen van onverklaarbare bloedingen, kneuzingen, purpura, bloedaarmonde, aanhoudende koorts of keelpijn) en de patiënt moet onmiddellijk medisch advies vragen. **Verminderde leverfunctie:** Er is melding gemaakt van verhoogde niveaus van leverenzymen bij patiënten die Yaldigo-formuleringen namen. Voorzichtigheid is geboden als Yaldigo wordt toegediend aan patiënten met een verminderde leverfunctie. **Cardiale overgevoelheidsreacties:** Yaldigo-geïnduceerde overgevoelheidsreacties (myo- en pericarditis) zijn met Yaldigo zelden gemeld. In geval van een vermoedelijke cardiale overgevoelheid, mag Yaldigo niet opnieuw worden geïntroduceerd. Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met vroegere myo- of pericarditis van allergische achtergrond, ongeacht de oorsprong ervan. **Lugaandoening:** Patiënten met een longaandoening, in het bijzonder astma, moeten zeer zorgvuldig gecontroleerd worden tijdens de behandeling met Yaldigo. **Overgevoelheid voor sulfasalazine:** Bij patiënten met een voorgeschiedenis van bijwerkingen ten gevolge van sulfasalazine, moet de behandeling gebeuren onder strikte medische opvolging. In geval van acute intolerantie- of interactie-acties zoals buikkrampen, acute buikpijn, koorts, ernstige hoofdpijn en huiduitslag, moet de behandeling onmiddellijk worden gestopt. **Maag- en duodenulceraties:** Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met actieve maag- en duodenulceraties. **Ouderen:** Yaldigo moet met voorzichtigheid worden gebruikt bij ouderen; het mag alleen worden toegediend aan patiënten met een normale nierfunctie of milde tot matige nierinsufficiëntie. **Ecdatische patiënten:** Er is slechts beperkte documentatie over een effect bij kinderen. **Interacties:** Er zijn geen interactiestudies uitgevoerd. Er zijn aanwijzingen dat mesalazine het anticoagulerend effect van warfarine kan verminderen. Voorzichtigheid is geboden bij gelijktijdig gebruik van mesalazine en bekende nefrotoxische middelen, zoals niet-steroidale anti-inflammatoire middelen (NSAIDs) en azathioprine of methotrexate, omdat deze het risico van bijwerkingen van de nier kunnen verhogen. Er moet rekening gehouden worden met een mogelijke toename van de myelosuppressieve effecten van azathioprine, 6-mercaptopurine of thioguanine bij patiënten die gelijktijdig met een van deze preparaten worden behandeld. **Levensbedreigende infecties:** kunnen optreden. Patiënten moeten nauwlettend worden gevolgd voor tekenen van infectie en myelosuppressie. Hematologische parameters, met name het aantal leukocyten, trombocyten en lymfocyten, moeten regelmatig (wekelijks) worden gecontroleerd, vooral bij het begin van een dergelijke combinatiebehandeling. **Bijwerkingen:** **Samenvatting van het veiligheidsprofiel:** Organspecifieke bijwerkingen met invloed op het hart, de longen, de lever, de nieren, de pancreas, de huid en subcutaan weefsel zijn gerapporteerd. **Hoofdpijn** (1,7%), **hernutrie** (1,7%), **buikpijn** (1,5%), **ulceratieve colitis** (1,5%) en **proteïnurie** (1,5%) zijn de meest voorkomende productgerelateerde bijwerkingen in het klinische ontwikkelingsprogramma. De behandeling moet onmiddellijk worden gestopt als er acute symptomen van intolerantie optreden, zoals buikkrampen, acute buikpijn, koorts, ernstige hoofdpijn en uitslag. **Samenvatting van de bijwerkingen:** **Bloed- en lymfateselsaandoeningen:** Soms: Eosinofilie (als deel van een allergische reactie). Zelden: Afwijkend bloedbeeld (aplastische anemie, agranulocytose, pancytopenie, neutropenie, leukopenie, trombocytopenie), bloedsuikerziekte. **Immuunsysteemaandoeningen:** Zelden: Overgevoelheidsreacties, zoals allergisch exanthem, geneesmiddel geïnduceerde koorts, lupus erythematosus syndroom, pancolitis. **Zenuwstelselaandoeningen:** Soms: Parasthesie. Zelden: Hoofdpijn, duizeligheid. Zelden: Perifeer neuropathie. **Hartaandoeningen:** Zelden: Myocarditis, pericarditis. **Ademhalingsstelsel, borstkas en mediastinum:** Zelden: Allergische en fibrotische longziekten (inclusief dyspneu, hoest, bronchospasme, alveolitis, longemfysem, longinfiltratie, pneumonitis), interstitiële pneumonie, eosinofiele pneumonie, longaandoening. **Maagdarmsstelselaandoeningen:** Vaak: Dyspepsie. Zelden: Buikpijn, diarree, flatulentie, nausea, braken. Zelden: Acute pancreatitis. **Lever- en galblaasaandoeningen:** Zelden: Afwijking in leverfunctieparameters en transaminases en cholestatische parameters. **Hepatitis, cholestatische hepatitis.** **Huid- en onderhuidsaandoeningen:** Vaak: Uitslag. Soms: Urticaria, pruritus. Zelden: Fotosensibiliteit. Zelden: Alopecia. **Skeletstelsel- en bindweefsel-aandoeningen:** Zelden: Myalgia, artralgie. Niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald): Lupus-achtig syndroom met pericarditis en pleuropneumonitis als prominente symptomen maar ook uitslag en gewrichts pijn. **Nier- en urinewegsaandoeningen:** Zelden: Vermindering van nierfunctie inclusief acute en chronische interstitiële nefritis en nierinsufficiëntie, nefrotisch syndroom, nierfalen dat onkeerbaar kan zijn indien de behandeling vroeg wordt gestopt. **Zwangerschap, perinatale periode en puerperium:** Zelden: Oligospermie (onkeerbaar). **Algemene aandoeningen en toedieningsplaatsstoornissen:** Soms: Pyrexie, pijn op de borst, duizeligheid. Niet bekend (kan met de beschikbare gegevens niet worden bepaald): Bloed creatinine verhoogd, gewicht verlaagd, creatinine klaring verlaagd, amylase verhoogd, sedimentatiesnelheid van rode bloedcellen verhoogd, lipase verhoogd, BUN verhoogd. **Alleviëring en vergoeding:** Yaldigo wordt volledig vergoed binnen het GVS. **Registratienummer:** RVG 120637. **Registratiehouder:** Tiltect Pharma GmbH, Warmbacher Strasse 80, 79618 Rheinfelden, Duitsland. **Datum SPC:** 04/2019. Raadpleeg de volledige productinformatie (SPC) alvorens Yaldigo voor te schrijven.

1. SPC Yaldigo® 1600 mg



GastrOlympics 2019: Het begin van een mooie traditie

Op 22 juni 2019 vond de eerste landelijke editie van de GastrOlympics plaats in Amsterdam. Met 320 inschrijvingen uit heel Nederland, verdeeld over de 8 MDL opleidingsregio's, bleek er aan enthousiasme geen gebrek. Onder een stralende zon werd het Olympisch vuur ontstoken door Marco Bruno en Paul Fockens, waarna de teams van de acht opleidingsregio's zich vol overgave op de verschillende sportonderdelen stortten.

In de middag werden er 10 voetbal- en 10 hockeywedstrijden gespeeld; er werden puzzels opgelost, insecten gegeten en obstakels overwonnen op het Expeditie Robinson parcours; er werd met scherp geschoten op het trefbalveld en er vielen wonderwel geen gewonden bij de Sweeper.

De allergrootste inspanningen werden echter geleverd bij het onderdeel Biatlon, waarbij deelnemers 500 meter moesten roeien, gevolgd door 2,5 kilometer fietsen op een

spinningfiets - hier werd de ware fanatische aard van MDL-Nederland pas écht zichtbaar.

De scores begonnen om 17.00 uur al behoorlijk uiteen te lopen, maar met de 35 punten die er te winnen waren bij de grote finale (4x400 meter estafette) kon er nog van alles gebeuren. Iedere regio stuurde haar snelste deelnemers de sintelbaan op, waarbij er 50/50 man/vrouw verdeling moest zijn, en tenminste één stafid aan diende te treden. Na een paar bloedstollende minuten was regio Amsterdam-AMC de



snelste, op de voet gevolgd door Rotterdam.

Met deze extra punten op zak was de eindstand duidelijk: team Amsterdam-AMC is, op eigen bodem, de winnaar geworden van de GastrOlympics 2019. De dag werd afgesloten met een zonnige barbecue, gevolgd door een opzwepend optreden van de Guilty Pleasures band en DJ Jack & Steve. Ook werd bekendgemaakt dat de GastrOlympics 2020 georganiseerd zal worden door regio Rotterdam.

De sfeer zat er van de eerste tot de laatste minuut in, en wij hebben als organiserend comité ontzettend genoten van ieders aanwezigheid, inzet en gezelligheid. We kijken er naar uit onze titel volgend jaar, als deelnemers, te komen verdedigen in Rotterdam!

Tot dan!

Het organiserend comité van GastrOlympics 2019:
Liselotte Zwager, Victorine Roos, Arne Bleijenberg, Jeroen de Groof, Kasper Overbeek

Meer informatie en foto's zijn te vinden op
www.gastrolympics.com

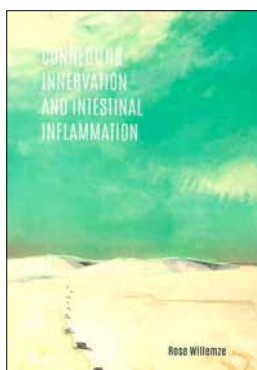


Proefschriftsponsoring 2019

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 2019 € 500,-. Een samenvatting van het proefschrift wordt na toekenning op de website van de NVGE worden 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 en eerdere proefschriften kunt u vinden via www.nvge.nl



Proefschrift Rose Willemze

Rose Willemze, 28 juni 2019 te Amsterdam

"Connecting Innervation and Intestinal Inflammation"

Eva Roos, 14 juni 2019 te Amsterdam

"A Translational Approach Towards Perihilar Cholangiocarcinoma"

Marin de Jong, 14 juni 2019 te Maastricht

"The PROMise of remote monitoring to improve quality of care for inflammatory bowel disease"