DDD NEWS

DUTCH DIGESTIVE DISEASE NEWS

Vooruitblik DDD september a.s.

DDD science

Research pitch

NVGE
NEDERLANDSE VERENIGING VOOR GASTRO-ENTEROLOGIE

JAARGANG 32 NUMMER 3 AUGUSTUS 2022

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:
Van Gijtenbeek
secretariaatszaken en congresbegeleiding
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:
M.art grafische vormgeving

Omslagfoto:
Centrale entree NH Koningshof Veldhoven

De partners van de NVGE in 2022 zijn:
Ferring BV
Janssen-Cilag
Galapagos
Norgine
Olympus Nederland BV

ISSN: 2543-3075

VOORWOORD

Beste leden,

De zomervakantie is begonnen in 2 regio´s op het moment dat ik dit schrijf en de temperatuur stijgt deze week boven de 35 graden. Ik wens iedereen die nog op op reis gaat een welverdiende vakantie toe en ik hoop iedereen weer in goede gezondheid terug te zien op de komende DDD dagen 14 en 15 september, live in het vertrouwde Koningshof in Veldhoven. We hebben een zeer gevarieerd programma samengesteld, met inzet van alle sectiebesturen. Nieuw dit jaar is dat we de plenaire sessie op de woensdagochtend hebben staan en we kijken uit naar een volle Brabantzaal. De president select abstractprijzen zullen hier uitgereikt worden. En we hebben een speciale presentatie over de T1 rectumcarcinomen vanuit MDL en chirurgisch oogpunt. Amyn Haji, King's College Hospital London, en Jurjen Boonstra, LUMC Leiden, zullen deze presentatie verzorgen. Het programma vindt u elders in deze DDD News. Ik ga niet alles opnoemen uiteraard, maar wederom is er aandacht voor meet the expert sessies, voor een groen symposium, voor een MLDS symposium en is er veel ruimte voor voeding. Beide dagen zijn er tussen de middag posterpresentaties. De verpleegkundigen zijn allemaal welkom op de donderdag. Ook verzorgen de NVMDLio en de PhD werkgroep een eigen programma op donderdagochtend. De PhD werkgroep bestaat precies een jaar en er is veel werk verzet door hen! Het 5-koppige bestuur heeft een social media platform opgericht en er is een eerste PhD summerschool geweest op 1 juli jongstleden, waarvan u elders dit nummer een verslag tegenkomt. Het was een plezier om te helpen deze dag vorm te geven en hierbij aanwezig te zijn.
Verder deze uitgave weer veel aandacht voor research en tevens een mooie casusbeschrijving van Froukje van Hoeij, winnaar van de casuïstische conferentie van 17 mei jl. Vanwege de vele positieve reacties van u om deze bijeenkomst online aan te bieden vanuit de AVEX studio in Utrecht, zullen we dit voorlopig zo blijven doorzetten. Veel leden zijn op deze manier in de gelegenheid de casuïstiek bespreking bij te wonen.

De jaarlijkse brainstormdag van het kernbestuur en de Raad van Afgevaardigden heeft weer fysiek plaats kunnen vinden in Utrecht afgelopen maand. Goed om met elkaar de doelen van

Lees verder op pagina 4

INHOUD

Vooruitblik DDD september 6
Terugblik Summerschool PhD netwerk 6
Casus: Sigmoïd op sterk water 7
DDD Science 1, 2 en 3 9
Programma overzicht DDD 12
Research Pitch 19
Proefschriftsponsoring 2022 23

(ONLINE) CONGRESAGENDA 2022/2023

Vervolg voorwoord

de NVGE te kunnen bediscussiëren. We hebben ook al vooruitgekeken naar het lustrum, september 2023. Leuk als u dit ook alvast noteert in de agenda!

De ALV van onze vereniging vindt plaats op 14 september a.s. om 12.15 uur. In verband met het aftreden van vice-voorzitter prof. dr. L.P.S. Stassen wordt opvolging gevraagd door een chirurg, die zich door twee leden moet laten voordragen. De agenda voor de ALV zal u begin september worden toegezonden.

Hartelijke groet,
Andrea van der Meulen, secretaris

14 - 15 september 2022
Digestive Disease Days Najaar
Locatie: Conference Center NH Koningshof te Veldhoven
Inlichtingen: secretariaat NVGE
Tel.: 023 - 551 3016
E-mail: congres@nvge.nl
Inschrijven via www.mdl-congressen.nl

15 - 17 september 2022
EUS-ENDO 2022
Locatie: Aix-en-Provence Congress Center, Frankrijk
Website: www.eus-endo.org

21 - 23 september 2022
ESCP 17th Scientific & Annual Meeting
Locatie: Dublin, Ierland
Website: www.escp.eu.com

27 - 30 september 2022
Dutch Liver Week NVH
Locatie: Double Tree by Hilton, Amsterdam
Inlichtingen: secretariaat NVH
Tel: 023-5513016
E-mail: congres@nvh.nl
Inschrijven via www.mdl-congressen.nl

4 oktober 2022
Cursorisch onderwijs NVMDL
Thema: Oncologie II
Locatie: Online livestream
Inlichtingen: secretariaat NVMDL
E-mail: congres@mdl.nl
telefoon 023 – 5513016

8 - 11 oktober 2022
UEG Week
Locatie: Wenen & Online
Website: www.ueg.eu

1 november 2022
Casuistische Patiëntenbespreking NVGE
Locatie: Online
Inlichtingen: congres@nvge.nl
Inschrijven via www.mdl-congressen.nl

24 november 2022
37e Erasmus Liver Day
Locatie: Congrescentrum de Doelen, Rotterdam
Email: liverday@erasmusmc.nl
Website: www.erasmusliverday.com

24 - 25 november 2022
UEG Masterclass on CRC
Locatie: Wenen, Oostenrijk
Online fase: 25 oktober - 22 november
website: www.ueg.eu

12 - 14 december 2022
WGO: World Congress of Gastroenterology
Locatie: DICEC, Dubai
Website: www.wcog2022.org

21 - 22 december 2022
12th World Gastroenterology & Hepatology Conference
Locatie: Dubai, UAE & online
Website: www.gastroenterology.universeconferences.com

22 - 23 maart 2023
Digestive Disease Days Voorjaar
Locatie: Conference Center NH Koningshof te Veldhoven
Inlichtingen: Secretariaat NVGE
Tel.: 023 - 551 3016
E-mail: congres@nvge.nl

20 - 23 juni 2023
Dutch Liver Week NVH
Locatie: Double Tree by Hilton, Amsterdam
Inlichtingen via secretariaat NVH
Tel: 023-5513016
E-mail: congres@nvh.nl

13 - 14 september 2023
Digestive Disease Days Najaar
Locatie: Conference Center NH Koningshof te 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***

INS & OUTS

Afvaardiging V&VN MDL
Naam: Mirjam van der Ende- van Loon
Geboortedatum: 03-04-1982
Functie binnen bestuur: lid

Motivatie:
Sinds 2021 ben ik actief binnen het bestuur van de V&VN MDL en sinds dit jaar als voorzitter. Al vele jaren is er een warme samenwerking tussen de NVGE en de V&VN MDL. Deze samenwerking wordt door ons als V&VN MDL bestuur ook als zeer waardevol ervaren. De zorgsector staat de komende jaren voor vele grote uitdagingen, daarvan is misschien wel de grootste uitdaging de tekorten in het verpleegkundig personeel. De komende jaren zal ik mijzelf als afgevaardigde inzetten voor de verpleegkundige beroepsgroep binnen de MDL. En daarmee de kwaliteit van zorg die deze groep verpleegkundigen levert vergroten, waarbij het 'binden en boeien' centraal zal staan.

Ziekenhuis:
Catharina Ziekenhuis Eindhoven, sinds 2003
Afdeling: polikliniek MDL

Functie:
Verpleegkundig specialist

Promotie:
Momenteel in PhD traject bij GROW, MUMC+, Exploring Health Related Quality of Life and associated symptoms in patients with a Barrett esophagus.

VOORUITBLIK DDD SEPTEMBER A.S.

In de middenpagina's van dit DDD news vindt u een beknopt overzicht van alle programma onderdelen tijdens de komende DDD in Veldhoven.

Op pagina 6 enkele highlights!

Samenstelling bestuur

Prof. dr. C.J. (Janneke) van der Woude, *voorzitter*
Prof. dr. L.P.S. (Laurents) Stassen, *vice-voorzitter*
Dr. A.E. (Andrea) van der Meulen, *secretaris*
Dr. P.P.J. (Patrick) van der Veek, *penningmeester*

Raad van afgevaardigden:
Dr. K. (Klaas) van der Linde, *public relations*
Dr. E.M.M. (Edith) Kuiper, *namens Nederlandse Vereniging voor Hepatologie*
Dr. R. (René) Scheenstra, *namens Sectie Kinder-MDL*
Dr. F.D.M. (Fiona) van Schaik, *namens Sectie Inflammatoire Darmziekten*
Dr. S.S. (Suzanne) Gisberts, *namens Nederlandse Vereniging voor Gastro-intestinale Chirurgie*
M. (Mirjam) van der Ende *(namens V&VN MDL)*
Prof. dr. D. (Daniel) Keszthelyi, *namens Sectie Neurogastro-enterologie en motiliteit*
Prof. dr. V.M.C.W. (Manon) Spaander, *namens Sectie Gastrointestinale Oncologie*
Dr. M.E. (Manon) Wildenberg, *namens Sectie Experimentele Gastroenterologie*
Prof. dr E.J. (Erik) Schoon, *namens Sectie Gastrointestinale Endoscopie*
Dr. M.P. (Thijs) Schwartz, *namens MDL-Raad W&I NVMDL*
Drs. R.J.A.L.M. (Romée) Snijders, *redactie DDD-news*
Dr. M.D. (Michiel) Voskuil, *redactie DDD-news*
Drs. A. (Anne) van der Waaij, *namens PhD netwerk*

VOORUITBLIK DDD SEPTEMBER A.S.

DDD en Voeding, met o.a. presentatie e-learning Voeding

Tijdens de komende DDD zal op 15 september om 14.00 uur de NVMDL e-learning Voeding worden gelanceerd (Baronie-zaal): Meer kennis over voeding bij gezondheid en ziekte! Deze e-learning is gemaakt door een enthousiast team van aios en MDL-artsen vanuit de commissie Voeding NVMDL en bevat basiskennis over Voeding.

Diezelfde middag is er ook de presentatie van de nieuwe richtlijn enterale toegang (PEG) en volgt erna een bariatrie-symposium.
Kortom veel nieuws rondom Voeding komende DDD!

Dr. J.W. (Joanna) Kruimel, MUMC+

Symposium rond Niet-alcoholische leververvetting

In samenwerking met de MLDS vindt op donderdag 15 september een symposium plaats over de meest recente ontwikkelingen op het gebied van NAFLD/NASH. Hoewel er een levendige discussie bestaat of NAFLD geen MAFLD zou moeten heten, zal Stijn Meijnikman laten zien dat de ontkenning in NAFLD inderdaad niet terecht is. Vooralsnog is het aanpassen van de leefstijl niet de makkelijkste, maar wel de beste behandeling van NAFLD/NASH. Milena Schönke licht toe of meer lichaamsbeweging inderdaad een goede behandeling kan zijn, maar vooral wat hiervoor dan het beste moment van de dag is. Dat fibrose bij NAFLD/NASH de beste voorspeller is voor morbiditeit en mortaliteit is bekend, maar wat in de klinische praktijk de beste manier van opsporen is, is minder goed uitgekristalliseerd. Lars Verschuren zal met behulp van de resultaten van een prachtig voorbeeld van nationaal translationeel onderzoek toelichten wat hier de mogelijkheden van kunnen zijn.

TERUGBLIK SUMMERSCHOOL PHD NETWORK 1 JULI JL.

Vorig jaar is het PhD Netwerk van de NVGE opgericht, een nieuw initiatief met als voornaamste doel MDL-promovendi met elkaar te verbinden. Naast een vast programmaonderdeel tijdens de DDD, zijn wij als bestuur van het PhD Netwerk in de gelegenheid gesteld afgelopen vrijdag 1 juli een Summer School te organiseren in trainingscentrum Akoesticum te Ede. Het betrof de eerste fysieke bijeenkomst van ons netwerk met als overkoepelend thema "Life beyond your PhD: what's next?".

De dag werd ingeluid met een workshop van Marc Vollebregt (process designer) die ons inzicht heeft gegeven in onze manier van communiceren aan de hand van een persoonlijkheidstest. Ondanks dat we allemaal dezelfde functie bekleden, was de enorme diversiteit binnen de groep opvallend. Dit interactieve onderdeel diende als mooie ijsbreker voor de rest van de dag, omdat we elkaar direct beter leerden kennen.
Na de lunch gaven Stefan Mees (lead healthcare policies, Janssen) en Matteo Loi (study responsible physician, Janssen) een inkijkje in de wereld van de farmaceutische industrie. Wij kregen antwoord op de vraag welke baanmogelijkheden er bij een farmaceutisch bedrijf zijn als arts, maar voerden ook met elkaar de dialoog over hoe kosten voor innovatieve medicatie bepaald worden.
De dag werd afgesloten met een battle tussen de academie en de periferie, waarin de verschillen tussen deze carrière paden werden belicht. Leon Moons (MDL-arts, UMC Utrecht) en Carmen Horjus (MDL-arts, Rijnstate Ziekenhuis) deel-

den met veel enthousiasme hun ervaringen, waarna een levendige discussie plaatsvond over de mogelijke voor- en nadelen.
Als bestuur kijken wij met veel plezier terug op een hele geslaagde eerste editie van de NVGE Summer School. Het was niet alleen een leerzame dag, maar – misschien nog belangrijker – de dag functioneerde als sociale voedingsbodem waarmee de basis voor een vruchtbaar netwerk is gelegd. Gezien de overwegend positieve reacties, smaakt dat wat ons betreft naar meer. Dus niet getreurd als je als PhD student de afgelopen Summer School hebt moeten missen… hopelijk volgt volgend jaar een herkansing!

Disclosures: De NVGE Summer School is mede mogelijk gemaakt door de NVGE-partners Janssen, Galapagos, Ferring en Olympus.

Charlotte Frederiks, PhD student, UMC Utrecht & bestuurslid, PhD netwerk NVGE

CASUS

Sigmoïd op sterk water

We presenteren een casus van een 70-jarige patiënte met in de voorgeschiedenis in 2019 langdurig radiotherapie in verband met endometriumcarcinoom. Zij presenteerde zich met een diepe ferriprieve anemie (Hb 3,2 mmol/l). Bij coloscopie werd in het rectosigmoïd een lang traject met oedemateus, spontaan bloedend slijmvlies gezien met diffuus teleangiëctastieën, passend bij chronische radiatieschade. Dit beeld met uitgebreide vasculaire ectasieën wordt ook wel radiation-associated vascular ectasias (RAVE) genoemd.[1] Door aanhoudend rectaal bloedverlies waren steeds tweewekelijkse bloedtransfusies noodzakelijk.

Bij patiënte werd aanvankelijk de standaardbehandeling argonplasmacoagulatie toegepast, maar de afwijkingen waren dermate ernstig en uitgebreid dat al snel bleek dat deze behandeling niet toereikend was. Er werd besloten tot hyperbare zuurstoftherapie. Uit grote studies bij patiënten met radiatieproctitis blijkt, na gemiddeld 30-60 sessies, bij 70% van de patiënten een afname van rectaal bloedverlies en bij 65% een zichtbare endoscopische respons tot 6-12 maanden na behandeling.[2] Door het inademen van 100% O2 is er afname van hypoxie in het aangedane weefsel, waardoor celproliferatie en angioneogenese worden gestimuleerd, met betere wondgenezing en dus afname van bloedingen tot gevolg.[3]
Er werden 48 sessies hyperbare zuurstoftherapie in 4 maanden tijd uitgevoerd. Desondanks was er nauwelijks afname van rectaal bloedverlies, persisteerde een grote transfusiebehoefte en bleef endoscopische verbetering uit. In een jaar tijd werden maar liefst 63 eenheden bloed toegediend.

Uit een aanvullende literatuursearch bleek dat er verschillende gunstige rapportages zijn van topicale behandeling met 4% formaldehyde (gelijk aan 10% formaline). Uit een studie bij 100 patiënten bleek, na gemiddeld 1-2 behandelingen, dit bij 93% van de patiënten te resulteren in een afname van rectaal bloedverlies, met een gerapporteerde recidiefkans van 8% in 2 jaar tijd. De behandelingen waren veilig en verliepen ongecompliceerd.[4,5]
Na informed consent werd besloten deze behandeling toe te passen en werd de afwijkende mucosa behandeld met een 4% formaldehyde oplossing (onverdunde inhoud PA-potje)

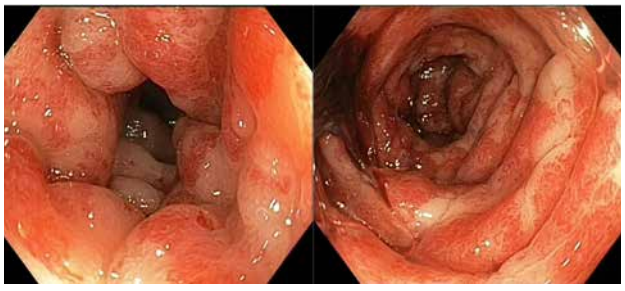


Foto 1: *coloscopiebeelden vóór de eerste behandeling.*

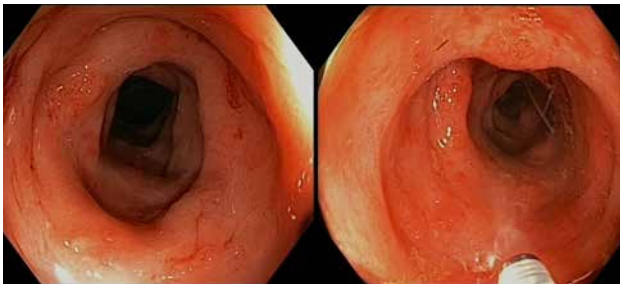


Foto 2: *coloscopiebeelden na behandeling met formaldehyde.*

toegediend via een spraycatheter. Daarbij werd 3 minuten incubatietijd gehanteerd waarna de formaldehyde werd weggespoeld en afgezogen en het hele proces eenmaal herhaald werd.

Het rectaal bloedverlies stopte en na formaldehydebehandeling is geen enkele bloedtransfusie meer noodzakelijk geweest. Drie maanden na de eerste behandeling toonde sigmoidoscopie een duidelijke verbetering van het endoscopisch beeld, waarna de behandeling nogmaals werd herhaald. Na twee maanden werd verdere verbetering gezien. Er waren geen bijwerkingen of complicaties.

Door Froukje van Hoeij, winnaar casuïstische conferentie 17 mei jl.
Mede namens: Thijs Schwartz en Menno Brink, MDL-artsen Meander Medisch Centrum, Amersfoort

Referenties

1. Mahmood S et al. It's All the RAVE: time to give up on the Chronic Radiation Proctitis. Gastroenterology. 2021.
2. Clarke RE et al. Hyperbaric oxygen treatment of chronic refractory radiation proctitis: a double-blind crossover RCT with long-term follow-up. Int J Rad Oncol Biol Phys. 2008.
3. Cooper JS et al. Hyperbaric Treatment of Radiation Proctitis. Statpearls. 2022.
4. Dziki L et al. Formalin therapy for hemorrhagic radiation proctitis. Pharmacol Rep. 2015.
5. Haas EM et al. Application of formalin for the treatment of radiation-induced hemorrhagic proctitis. Dis Colon Rectum. 2007.

DDD SCIENCE 1

Infliximab vanaf diagnose bij kinderen met matig tot ernstige ziekte van Crohn superieur aan conventionele behandelstrategie

Referentie: Jongsma MME, Aardoom MA, Cozijnsen MA, van Pieterson M, de Meij T, Groeneweg M, Norbruis OF, Wolters VM, van Wering HM, Hojsak I, Kolho KL, Hummel T, Stapelbroek J, van der Feen C, van Rheenen PF, van Wijk MP, Teklenburg-Roord STA, Schreurs MWJ, Rizopoulos D, Doukas M, Escher JC, Samsom JN, de Ridder L. First-line treatment with infliximab versus conventional treatment in children with newly diagnosed moderate-to-severe Crohn's disease: an open-label multicentre randomised controlled trial. Gut. 2022 Jan;71(1):34-42. doi: 10.1136/gutjnl-2020-322339. Epub 2020 Dec 31. PMID: 33384335; PMCID: PMC8666701.

Nederlandse samenvatting door:
Drs. Myrthe Jongsma, MSc, arts-onderzoeker Erasmus MC/ AIOS kindergeneeskunde LUMC en dr. Lissy de Ridder, Kinderarts MDL, Erasmus MC

Inleiding

De ziekte van Crohn is een chronische ontstekingsziekte van het maagdarmkanaal. Ongeveer 8-20% van de nieuwe patiënten met Crohn is jonger dan 18 jaar en het aantal nieuwe patiënten met de ziekte van Crohn neemt nog steeds elk jaar toe.[1] De ziekte vereist levenslange medicatie en zonder snelle ziektecontrole kan aanhoudende ontsteking resulteren in ernstige complicaties zoals fistels of vernauwing van de darm. Het gebruik van anti-TNF heeft de behandeling veranderd. Bij volwassen patiënten met de ziekte van Crohn is aangetoond dat vroege behandeling met infliximab het natuurlijke beloop van de ziekte positief beïnvloedt door afname van complicaties.[2] Bij kinderen wordt primaire behandeling met infliximab voornamelijk gebruikt bij kinderen met een verwacht ernstig of gecompliceerd beloop.[3]

In deze studie werden nieuw gediagnosticeerde en therapienaïeve kinderen met matige tot ernstige luminale ziekte van Crohn gerandomiseerd voor een primaire behandeling met infliximab, bestaande uit totaal vijf infusen gedurende 22 weken. Dit werd vergeleken met de conventionele behandelstrategie; bestaande uit voedingstherapie of orale corticosteroïden. In beide behandelgroepen werd de inductiebehandeling gecombineerd met het starten van azathioprine als onderhoudsbehandeling.

De resultaten van de studie laten zien dat primair starten met infliximabbehandeling resulteert in een significant hoger percentage patiënten in langdurige klinische remissie in het eerste jaar vanaf start van de behandeling in vergelijking met patiënten in de conventionele behandelgroep. Daarnaast nam de standaard deviatie lengte voor leeftijd significant af bij patiënten in de conventionele behandel groep ten opzichte van de patiënten die primair met infliximab werden behandeld. Deze resultaten suggereren dat de ziekte minder goed onder controle was bij kinderen in de conventionele behandelgroep.

Er werd na 10 weken inductiebehandeling een endoscopie verricht. Bij 59% van de patiënten behandeld met infliximab was er volledig macroscopisch herstel van de mucosa te zien ▷

(SES-CD score <3), vergeleken met 17% van de kinderen behandeld met de conventionele behandelstrategie. Bovendien waren op dit zelfde meetmoment ontstekingsmarkers, zoals CRP, bezinking, leukocyten en fecaal calprotectine, significant lager bij de kinderen primair behandeld met infliximab.

Conclusie met implicaties voor de toekomst

Deze studie levert het bewijs dat een primaire behandeling met infliximab effectiever is in het bereiken van langdurige klinische remissie na één jaar ten opzichte van de conventionele behandelstrategie bij kinderen met matig tot ernstige ziekte van Crohn. In deze studie werd de primaire infliximab behandeling na 5 infusen stopgezet, terwijl in de klinische praktijk infliximab meestal niet gestopt wordt. Men kan zich afvragen of het standaard stoppen na vijf infliximab-infusen gewenst is. Daarnaast zijn zorgen geuit over onderhoudstherapie met azathioprine, immunogeniciteit, overbehandeling en stijgende kosten door het primair starten van behandeling met infliximab. Langere follow-up duur en risicostratificatie op basis van het onderliggend immunologisch profiel zijn daarom essentieel om langetermijnresultaten van kinderen met de ziekte van Crohn te kunnen vergelijken en te verbeteren. Een optimale therapie vanaf diagnose bij kinderen en adolescenten is cruciaal, vanwege een negatieve invloed op groei en ontwikkeling bij langdurige opvlamming van de ziekte van Crohn. Om deze reden is het advies is om bij kinderen met nieuw gediagnosticeerde matig tot ernstige ziekte van Crohn een primaire start met infliximab inductiebehandeling te overwegen.

Referenties

1. Cucchiara S, Isoldi S, Nobili V. Lesson from epidemiology of paediatric Crohn's disease. Dig Liver Dis 2019;51:503-504.
2. Danese S, Fiorino G, Peyrin-Biroulet L. Early intervention in Crohn's disease: towards disease modification trials. Gut 2017;66:2179-2187.
3. van Rheenen PF, Aloi M, Assa A, et al. The Medical Management of Paediatric Crohn's Disease: an ECCO-ESPGHAN Guideline Update. J Crohns Colitis 2020.

NVGE
NEDERLANDSE VERENIGING
VOOR GASTRO-ENTEROLOGIE

Advertentie

Langetermijnuitkomsten van een Endoscopische versus Chirurgische Step-up Behandeling voor Geïnfecteerde Necrotiserende Pancreatitis (ExTENSION)

Onnekink AM, Boxhoorn L, Timmerhuis HC, Bac ST, Besselink MG, Boermeester MA, Bollen TL, Bosscha K, Bouwense SAW, Bruno MJ, van Brunschot S, Cappendijk VC, Consten ECJ, Dejong CH, Dijkgraaf MGW, van Eijck CHJ, Erkelens WG, van Goor H, van Grinsven J, Haveman JW, van Hooft JE, Jansen JM, van Lienden KP, Meijssen MAC, Nieuwenhuijs VB, Poley JW, Quispel R, de Ridder RJ, Römkens TEH, van Santvoort HC, Scheepers JJ, Schwartz MP, Seerden T, Spanier MBW, Straathof JWA, Timmer R, Vennema NG, Verdonk RC, Vleggaar FP, van Wanrooij RL, Witteman BJM, Fockens P, Voermans RP; Dutch Pancreatitis Study Group. Endoscopic versus surgical step-up approach for infected necrotizing pancreatitis (ExTENSION): long-term follow-up of a randomized trial. Gastroenterology. 2022 May 14:S0016-5085(22)00504-2. doi: 10.1053/j.gastro.2022.05.015. Epub ahead of print. PMID: 35580661.

Nederlandse samenvatting door:
Drs. Anke Onnekink, arts-onderzoeker, LUMC en Dr. Rogier Voermans, MDL-arts, Amsterdam UMC (locatie VUmc)

Achtergrond

Geïnfecteerde necrotiserende pancreatitis is een potentieel dodelijke ziekte en behoeft een multidisciplinaire aanpak. In de afgelopen tien jaar zijn de behandeluitkomsten verbeterd door een verschuiving van open chirurgie naar een minimaal invasieve step-up benadering.[1,2] Vervolgens onderzocht de TENSION-trial (2018) verschillende minimaal invasieve step-up behandelingen gedurende een follow-up van zes maanden, waarin patiënten met geïnfecteerde necrotiserende pancreatitis gerandomiseerd werden voor een chirurgische of een endoscopische step-up behandeling (zie figuur hieronder).[3] De TENSION-trial vond geen verschil tussen mortaliteit en ernstige complicaties tussen beide groepen, maar toonde wel aan dat de endoscopische groep minder pancreaticocutane fistels ontwikkelde en een kortere ziekenhuisduur had ten opzichte van de chirurgische groep. Echter, tot op heden ontbraken de langetermijnuitkomsten van beide behandelingen. De ExTENSION, oftewel de Extended TENSION-studie, evalueerde de langetermijnuitkomsten van de chirurgische en endoscopische step-up behandeling voor geïnfecteerde necrotiserende pancreatitis.

Methoden

Alle 83 patiënten die nog in leven waren na de initiële follow-up van de TENSION-trial (> 6 maanden), werden geïncludeerd in onze langetermijnstudie. Van hen verzamelden we alle zorggerelateerde data over een periode van minstens vijf jaar. De pancreasfunctie en kwaliteit van leven werden prospectief vervolgd gedurende een poliklinische of telefonische controleafspraak. Het pancreasfunctieonderzoek bestond uit bepalingen van het HbA1c (endocriene functie) en het feces elastase (exocriene functie). Kwaliteit van leven werd gemeten aan de hand van gevalideerde vragenlijsten (EQ-5D en SF-36).

Onze uitkomstmaten waren gelijk aan die van de TENSION-trial. Het samengestelde primaire eindpunt bestond uit mortaliteit en ernstige complicaties (orgaanfalen, bloeding, perforatie, enterocutane fisteling en/of herniatie). De secundaire eindpunten waren de afzonderlijke componenten van het primaire eindpunt, pancreasinsufficiëntie, pancreaticocutane fistels, re-interventies en kwaliteit van leven.

Bevindingen

Klinische uitkomsten

Gedurende de lange termijn follow-up (gemiddelde follow-up van 7 jaar ± 18 maanden) was er geen verschil in het primaire eindpunt van mortaliteit en morbiditeit tussen de endoscopische en chirurgische groep (53% vs. 57%, RR 0.93, 95% CI 0.65 - 1.32). De afzonderlijke complicaties verschilden evenmin tussen beide groepen. In totaal zijn zeven patiënten overleden (6/42 uit de endoscopische groep [14%] vs. 1/41 [2%] uit de chirurgische groep), waarvan de eerste patiënt overleed na een follow-up periode van dertig maanden. Tevens waren alle overlijdensoorzaken niet gerelateerd aan pancreatitis of gerelateerde interventies.

Re-interventies

Na de initiële follow-up van zes maanden, moest bijna een kwart (24%) van de chirurgische groep nog een re-interventie (percutane of transgastrische drainage) ondergaan, vergeleken met 7% in de endoscopische groep. De endoscopische groep had minder drainages nodig dan de chirurgische groep (mediaan 4 [IQR2-6] vs. 1 [IQR 1-3]) en had een kortere behandelduur (mediaan 17 dagen [IQR 6-46] vs. 41 dagen [IQR 9-62]).

Pancreatitis-gerelateerde complicaties

Zoals ook in de TENSION-trial reeds naar voren kwam, leidde de endoscopische benadering tot minder pancreaticocutane fistels (8% vs. 34%, RR 0.23, 95% CI 0.08 - 0.83). Vier patiënten ontwikkelden na de initiële follow-up nog een pancreaticocutane fistel nadat zij een (aanvullende) percutane drainage hadden ondergaan.

Welkom terug in Veldhoven!

PROGRAMMA DDD 14

PROGRAMMA WOENSDAG 14 SEPTEMBER

Woensdag	Brabantzaal	Auditorium	Baroniezaal	Parkzaal
09.00 - 09.30	Ontvangst en koffie	Ontvangst en koffie	Ontvangst en koffie	Ontvangst en koffie
09.30 - 10.45	NVGIC/ NVCO symposium I: Veranderende paradigma's bij de behandeling van GI tumoren	Symposium Inflammatoire Darmziekten: Precision medicine		
10.45 - 11.15	Koffiepauze	Koffiepauze	Koffiepauze	Koffiepauze
11.15 - 12.30	President Select NVGE: - 3 abstracts State of the Art Early rectal cancer diagnostics and treatment Prijsuitreikingen Beste endoscopie video Gastrostart subsidies			
12.30 - 12.45	ALV-NVGE			
12.45 - 13.45	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal
	Gemodereerde poster-sessies	Gemodereerde poster-sessies	Gemodereerde poster-sessies	Gemodereerde poster-sessies
13.45 - 14.45	Abstractsessie Nederlandse Vereniging voor Gastrointestinale Chirurgie	Abstractsessie Sectie Gastrointestinale Oncologie	Abstractsessie Sectie Inflammatoire Darmziekten	Abstractsessie Sectie Gastrointestinale Chirurgie
14.45 - 15.45	NVGIC Symposium II: "Non"-adenocarcinoom in het gastro-intestinale stelsel	Symposium Secties Oncologie en IBD: Checkpoint-inhibitor gerelateerde aandoeningen	Abstractsessie Sectie Inflammatoire Darmziekten	Abstractsessie Nederlandse Vereniging voor Gastrointestinale Chirurgie
15.45 -16.15	Theepauze	Theepauze	Theepauze	Theepauze
16.15 - 17.30	NVGIC/ NVCO Symposium III: IBD ICC-Symposium 'De patiënt centraal'	NVGE Symposium: Nieuwe en aangepaste indicaties voor levertransplantatie in Nederland		
17.30 - 18.15	Best abstractsessie 2022			
18.15 - 19.30	Informele afsluiting expositiehal			
19.30 - 22.00	Diner in Beneluxehal			
22.00 - 00.00	Gelegenheid tot netwerken			

Woensdag	Zaal 80	Zaal 81
13.45 - 14.45	Meet the expert: Belang voeding; wat kan een tarwekorrel uitrichten met onze darmen	
15.45 - 16.15	Koffiepauze	Koffiepauze

EN 15 SEPTEMBER 2022

PROGRAMMA DONDERDAG 15 SEPTEMBER				
Donderdag	**Brabantzaal**	**Auditorium**	**Baroniezaal**	**Parkzaal**
08.00 - 09.30	Ontvangst en koffie	Ontvangst en koffie	Ontvangst en koffie	Ontvangst en koffie
08.30 - 09.30		PhD-netwerk: Van onderzoeksidee naar uitvoering	NVMDL i.o.: College tour MDL: extra curriculair verdiepen	
09.30 - 10.45	Programma V&VN MDL algemeen	Video symposium Sectie Gastrointestinale Endoscopie	Programma rond de landelijke voortgangstoets en het vernieuwde opleidingsplan NOVUM	
10.45 - 11.15	Koffiepauze	Koffiepauze	Koffiepauze	Koffiepauze
11.15 - 12.15	Programma V&VN MDL: Endoscopie	Symposium motiliteit: Invasieve ingrepen voor functionele aandoeningen: indicatie, techniek en uitkomst	Programma V&VN MDL Chirurgie / Oncologie	Symposium: Niet-alcoholische leververvetting (NAFLD)
12.15 - 13.15	Abstractsessie V&VN MDL	Abstractsessie Sectie Gastrointestinale Endoscopie	Abstractsessie Nederlandse Vereniging voor Hepatologie: gevolgd door ALV	Sectie Gastrointestinale Endoscopie: How to do it video's
13.15 - 14.00	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal
	Gemodereerde poster-sessies	Gemodereerde poster-sessies	Gemodereerde poster-sessies	Gemodereerde poster-sessies
14.00 - 15.00	Programma V&VN MDL - Endoscopie 16.00 einde programma	'Best of DDD'	E-learning Voeding en nieuwe PEG richtlijn	V&VN MDL - Inflammatoire darmziekten 16.00 einde programma
15.00 - 16.30		Symposium Groene MDL: Wat kun JIJ doen	Symposium bariatrie: Wat moet de MDL-arts weten	

Donderdag	**Zaal 80**	**Zaal 81**
08.00 - 09.30	NVMDL ledenvergadering	
08.30 - 09.30		
10.45 - 11.15	Koffiepauze	Koffiepauze
11.15 - 12.15	V&VN MDL-Lever & Kinder	
13.00 - 14.00	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal
14.00 - 15.00	Middagprogramma V&VN MDL - Vepleegkundig endoscopisten 16.00 einde programma	
15.00 - 16.30		

SYMPOSIUM

Over de gehele studieperiode ontwikkelde meer dan een derde van de patiënten een nieuwe endocriene insufficiëntie (37% vs. 36%) en meer dan de helft een exocriene insufficiëntie (61% vs. 66%). Ook na de initiële follow-up ontwikkelde een substantieel deel van de patiënten nog een endocriene (35%) of exocriene insufficiëntie (40%). Opvallend was dat slechts een kwart (24%) van de groep met late-onset exocriene insufficiëntie pancreasenzymen gebruikten. Aan het einde van de lange termijn follow-up was de kwaliteit van leven tussen beide groepen gelijk.

Conclusie

Dit is de eerste studie naar de langetermijnuitkomsten van de endoscopische en chirurgische step-up behandeling voor geïnfecteerde necrotiserende pancreatitis. Ondanks geen verschil in mortaliteit of ernstige complicaties, leidde de endoscopische step-up benadering tot minder pancreaticocutane fistels en minder re-interventies op lange termijn. Derhalve luidt het advies dat wanneer de endoscopische benadering beschikbaar en technisch mogelijk is deze benadering de voorkeur verdient.

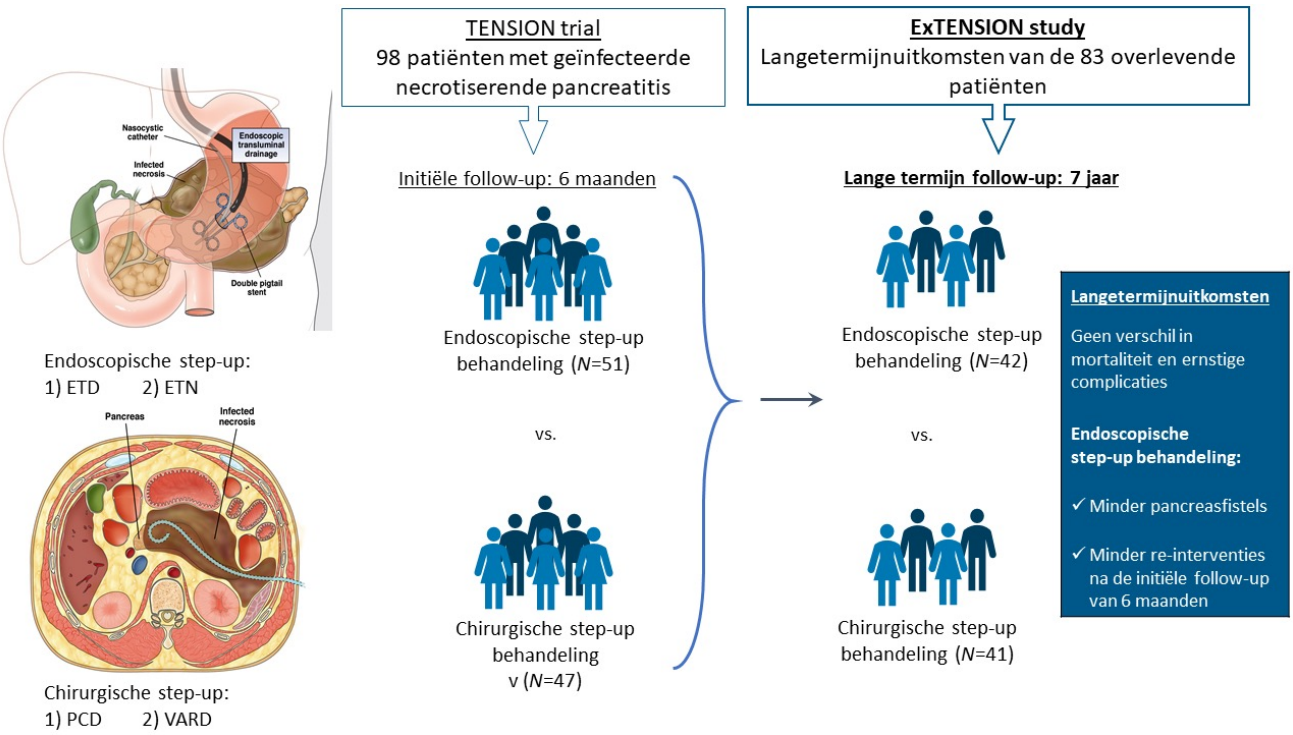
Wij danken alle patiënten die hebben deelgenomen, de deelnemende ziekenhuizen en de co-auteurs voor hun bijdrage aan de ExTENSION-studie.

Referenties

(1) van Santvoort HC, Besselink MG, Bakker OJ, et al. A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis. N Engl J Med. Apr 22 2010;362(16):1491-502. doi:10.1056/NEJMoa0908821

(2) Hollemans RA, Bakker OJ, Boermeester MA, et al. Superiority of Step-up Approach vs Open Necrosectomy in Long-term Follow-up of Patients With Necrotizing Pancreatitis. Gastroenterology. Mar 2019;156(4):1016-1026. doi:10.1053/j.gastro.2018.10.045

(3) van Brunschot S, van Grinsven J, van Santvoort HC, et al. Endoscopic or surgical step-up approach for infected necrotising pancreatitis: a multicentre randomised trial. Lancet. Jan 6 2018;391(10115):51-58. doi:10.1016/S0140-6736(17)32404-2



Figuur 1. *Overzicht ExTENSION-studie*

ETD = Endoscopische Transluminale Drainage, ETN = Endoscopische Transluminale Necrosectomie

PCD = Retroperitoneale Percutane Drainage, VARD = Videogeassisteerd Retroperitoneaal Débridement

SJOERD DANIELS FOUNDATION

Ondersteuning van onderzoek naar vroegopsporing van slokdarmkanker

De Sjoerd Daniels Foundation stelt zich tot doel wetenschappelijk onderzoek en/of innovatieve projecten te steunen die bijdragen aan de vroegopsporing en/of effectieve behandeling van slokdarmkanker.

De Sjoerd Daniels Foundation (SDF) wordt gevoed met donatiegelden. De SDF streeft ernaar om de verworven donaties zo effectief en efficiënt mogelijk in te zetten. Dit gebeurt door het toekennen van subsidies die de uitvoering van onderzoek ondersteunen. Effectief betekent dat het onderzoek haalbaar moet zijn en efficiënt betekent dat iedere euro rechtstreeks naar onderzoek moet gaan en niet naar overhead zoals Marketing. Iedere onderzoeker of onderzoeksinstituut die wetenschappelijk onderzoek doet binnen het veld van vroegdiagnostiek en behandeling van slokdarmkanker kan een subsidieaanvraag doen. Wij roepen geïnteresseerden op om een subsidieverzoek in te dienen bij de Sjoerd Daniels Foundation.

De beschrijving en voorwaarden van de aanvraag zijn via email aan te vragen bij de Stichting via foundation@sjoerddaniels.nl.

Deep Submucosal Invasion Is Not an Independent Risk Factor for Lymph Node Metastasis in T1 Colorectal Cancer: A Meta-Analysis

Zwager, LW, Bastiaansen BAJ, Montazeri NSM, Hompes R, Barresi V, Ichimasa K, Kawachi H, Machada I, Masaki T, Weigi S, Tanaka S, Togashi K, Yasue C, Fockens P, Moons LMG, Dekker E. Deep Submucosal Invasion Is Not an Independent Risk Factor for Lymph Node Metastasis in T1 Colorectal Cancer: A Meta-Analysis. Gastroenterology. 2022 Jul;163(1):174-189. doi: 10.1053/j.gastro.2022.04.010. Epub 2022 Apr 15.

Nederlandse samenvatting geschreven door:
Liselotte Zwager, arts-onderzoeker Amsterdam UMC &
Barbara Bastiaansen, MDL-arts Amsterdam UMC

Achtergrond

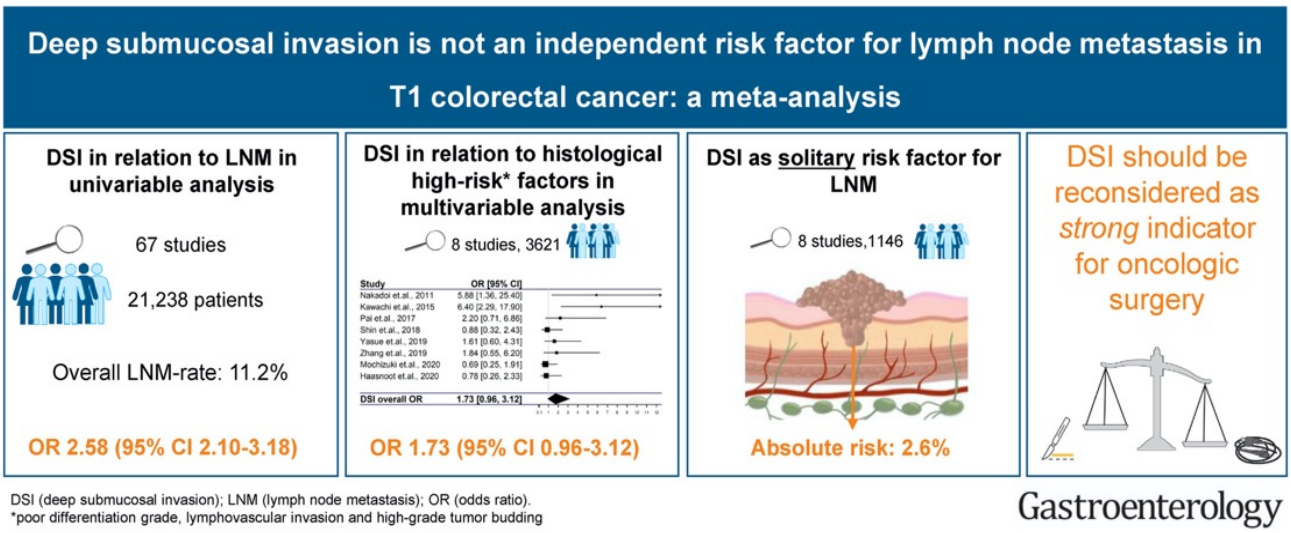
Dankzij het bevolkingsonderzoek wordt darmkanker steeds vaker in een vroeg stadium gediagnosticeerd. Vroegcarcinomen ofwel T1 CRC kunnen potentieel endoscopisch worden behandeld indien het risico op lymfekliermetastasen laag is. Internationale richtlijnen beschouwen diepe submucosale invasie (≥1000 µm of SM2-3) als een belangrijke risicofactor voor lymfekliermetastasen en daarmee als indicator voor een radicale chirurgische resectie. Aangezien diep submucosale invasie de enige risicofactor is die voorafgaand aan een resectie optisch kan worden ingeschat, speelt diepte invasie een belangrijke rol in de keuze tussen een endoscopische of chirurgische resectie. Recente studies laten zien dat het risico op lymfekliermetastasen in diep submucosaal invasieve T1 CRC zonder andere aanwezige risicofactoren zoals slechte differentiatie, lymfovasculaire invasie en/of hooggradige tumor budding echter laag is. Om deze reden hebben wij een meta-analyse uitgevoerd waarin we onderzoeken wat de onafhankelijke voorspellende waarde is van diep submucosale invasie voor de aanwezigheid van lymfekliermetastasen in T1 CRC.

Studie resultaten

In onze meta-analyse zijn 67 studies geïncludeerd, met in totaal 21.238 patiënten. Het totaal percentage lymfekliermetastasen was 11.2%. In overeenstemming met eerder gepubliceerde studies en meta-analyses, lieten onze resultaten een significant hoger percentage lymfekliermetastasen zien voor diep submucosale T1 CRC (OR, 2.58; 95% CI, 2.10–3.18). Echter, wanneer we dit onderzochten in een multivariate analyse, in aanwezigheid van de andere bekende hoog risicofactoren voor lymfekliermetastasen (slechte differentiatie (OR, 2.14; 95% CI, 1.39–3.28), lymfovasculaire invasie (OR, 3.16; 95% CI, 1.88–5.33) en hooggradige tumor budding (OR, 2.83; 95% CI, 2.06–3.88)) bleek diepte invasie geen onafhankelijk risicofactor voor lymfekliermetastasen te zijn (OR, 1.73; 95% CI, 0.96–3.12). Bovendien is in een aanzienlijk deel van alle diep invasieve T1 CRC (37.9%) geen van de andere hoog risicofactoren aanwezig en is het absolute risico voor lymfekliermetastasen laag (2.6%) in afwezigheid van andere risicofactoren.

Conclusie en implicaties voor de toekomst

Deze meta-analyse is de eerste studie die heeft kunnen aantonen dat diepe submucosale invasie geen onafhankelijke risicofactor is voor aanwezigheid lymfekliermetastasen. Het risico op lymfekliermetastasen lijkt dus niet zozeer met de diepte van tumorinvasie te maken te hebben maar meer met de biologie van de tumor. De uitkomst van deze studie is klinisch zeer relevant voor de toekomstige behandeling van patiënten met een T1 CRC. De huidige ontwikkelingen van geavanceerde endoscopische technieken waarmee ook diep invasieve T1 CRC radicaal veilig verwijderd kunnen worden, zal mogelijk leiden tot een verschuiving naar een meer orgaan-sparende behandeling van T1 CRC.



Efficacy of fecal microbiota transplantation for patients with irritable bowel syndrome at three years after transplantation

El-Salhy M, Winkel R, Casen C, Hausken T, Gilja OH, Hatlebakk JG. Gastroenterology, 2022. doi: https://doi.org/10.1053/j.gastro.2022.06.020. Jun;6(6):459-473. doi: 10.1016/S2468-1253(21)00023-6. Epub 2021 Mar 23. PMID: 33765447.

Nederlandse vertaling door:
Dr. Zsa Zsa Weerts, AIOS MDL, Zuyderland Medisch Centrum en Prof. dr. Daniel Keszthelyi, MDL-arts, Maastricht Universitair Medisch Centrum

Inleiding

Intestinale dysbiose speelt hoogstwaarschijnlijk een rol in de pathofysiologie van het Prikkelbaar Darmsyndroom oftewel Irritable Bowel Syndrome (IBS). Fecestransplantatie (FMT) en daarmee microbioom modulatie lijkt een veelbelovende behandeling voor patiënten met IBS. Er is echter nog onvoldoende bekend over de lange-termijn effecten van FMT. De studie van El-Salhy *et al.*, recent gepubliceerd in Gastroenterology, onderzocht de 3-jaar effectiviteit van 30 of 60gram fecestransplantatie met feces van een superdonor vergeleken met placebo transplantatie (transplantatie met eigen feces). Feces werd in het distale duodenum toegediend door het werkkanaal van een gastroscoop.
Drie jaren na de FMT werden patiënten opnieuw gevraagd vragenlijsten in te vullen en feces te verzamelen. De primaire uitkomstmaat, zijnde response rate, werd gedefinieerd als het percentage patiënten dat ten minste 50 punten daling had in de IBS symptom severity scale (IBS-SSS, lage score is minder ernstige IBS symptomen) t.o.v. baseline. Secundaire uitkomstmaten waren kwaliteit van leven welke gemeten werd middels de IBS Quality of Life (IBS-QoL, hogere score is hogere kwaliteit van leven) vragenlijst en intestinale dysbiose welke werd gemeten middels 16S rRNA gen DNA amplificatie.

Studieresultaten

Drie jaar na FMT was er van de 165 patiënten met IBS (Rome IV) follow-up data van 125 patiënten: N=38 placebo; N=42 30gram feces; en N=45 60gram feces. Drie jaar na FMT waren er significant meer responders in zowel de 30 als de 60gram donor FMT groepen vergeleken met de placebo groep, namelijk 64.9% (30gram feces), 71.8% (60gram feces) en 27.0% (placebo). Kwaliteit van leven was ook aanzienlijk hoger in de 30gram en 60gram feces transplantatie groepen vergeleken met de placebo groep, te weten 136.2 (30gram feces), 142.0 (60gram feces) en 117.2 (placebo). De intestinale dysbiose was significant lager in de donor-feces transplantatie groepen vergeleken met de placebo groep.
De onderzoekers selecteerden aan de hand van hun data 10 bacteriën die mogelijk correleren met IBS symptomen.

Conclusie

In deze studie met 125 patiënten met IBS, leidde FMT tot ten minste 3 jaar na transplantatie tot significant minder klachten van IBS, een hogere kwaliteit van leven en minder intestinale dysbiose.

Klinische toepassing

Op dit moment ontbreekt er consensus over wat een gezond microbioom omvat en welke veranderingen in de microbiële samenstelling van klinisch belang zijn bij patiënten met IBS. Eerdere studies die FMT bij IBS onderzochten lieten tegenstrijdige resultaten zien. Naast vijf studies die gunstige resultaten vonden zijn er drie studies die geen effect lieten zien[1-3]. Een van de onderzoeken met een 5-jaar follow-up duur rapporteerde dat positieve effecten van FMT over de tijd afnamen[4].
Tot op heden blijft het onduidelijk of eenmalige of herhaalde transplantatie het meest zinvol is, net als de vraag of dunne of dikke darm transplantatie meer effectief is. Van groot belang lijkt in ieder geval een zorgvuldige donorselectie (super donor). Meer onderzoek is nodig alvorens de FMT als standaardtherapie voor IBS geïmplementeerd kan worden. Desondanks toont deze studie dat FMT een potentieel aantrekkelijke behandeling voor IBS kan worden.

Referenties

1. Halkjaer SI, Christensen AH, Lo BZS, et al. Faecal microbiota transplantation alters gut microbiota in patients with irritable bowel syndrome: results from a randomised, double-blind placebo-controlled study. Gut 2018;67:2107-2115.
2. Aroniadis OC, Brandt LJ, Oneto C, et al. Faecal microbiota transplantation for diarrhoea-predominant irritable bowel syndrome: a double-blind, randomised, placebo-controlled trial. Lancet Gastroenterol Hepatol 2019;4:675-685.
3. Holster S, Lindqvist CM, Repsilber D, et al. The Effect of Allogenic Versus Autologous Fecal Microbiota Transfer on Symptoms, Visceral Perception and Fecal and Mucosal Microbiota in Irritable Bowel Syndrome: A Randomized Controlled Study. Clin Transl Gastroenterol 2019;10:e00034.
4. Cui J, Lin Z, Tian H, et al. Long-Term Follow-Up Results of Fecal Microbiota Transplantation for Irritable Bowel Syndrome: A Single-Center, Retrospective Study. Front Med (Lausanne) 2021;8:710452.

Oproep aan alle collega's, PhD studenten

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

Het doel van onze vereniging is immers om onderzoek te bevorderen en daarbij de kennis te verruimen en te delen.

Laat van je horen! Deel je resultaten met ons en je collega's in Nederland! Mail laagdrempelig naar **secretariaat@nvge.nl** met als onderwerp 'DDD science rubriek'. Wij nemen zo snel mogelijk contact met je op!

PENTASA® MESALAZINE

FERRING PHARMACEUTICALS

Naam van het geneesmiddel: Pentasa®. **Kwalitatieve en kwantitatieve samenstelling:** Pentasa tablet met verlengde afgifte bevat 500mg of 1g mesalazine, granulaat met verlengde afgifte bevat 1, 2 of 4g mesalazine, suspensie voor rectaal gebruik bevat 1g mesalazine per 100ml, zetpil bevat 1g mesalazine. **Therapeutische indicaties:** Oraal: ter behandeling van lichte tot matige vormen van colitis ulcerosa en de ziekte van Crohn, zowel in de acute fase als ter voorkoming van recidieven hiervan. Suspensie voor rectaal gebruik: proctitis, proctosigmoiditis en linkszijdige colitis. Zetpil: proctitis. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen of voor salicylzuurderivaten. Ernstige lever- en/of nierfunctiestoornissen. **Bijzondere waarschuwingen en voorzorgen bij gebruik:** Voorzichtig bij patiënten met bekende overgevoeligheid voor sulfasalazine en met een verminderde leverfunctie. Bij verminderde nierfunctie niet aanbevolen. De nierfunctie regelmatig controleren met name in het begin van de behandeling. Bij cardiale overgevoeligheidsreacties en ernstige bloedbeeldafwijkingen de behandeling staken. **Bijwerkingen:** Na rectale toediening kunnen lokale reacties, zoals pruritus, rectaal ongemak/irritatie en aandrang optreden. Verder komt vaak voor: hoofdpijn, diarree, buikpijn, misselijkheid, braken, flatulentie, huiduitslag inclusief urticaria. Zelden tot zeer zelden: bijv. myo- en pericarditis, pancreatitis, bloedbeeldafwijkingen allergische longreacties, hepatotoxiciteit, ernstige huidaandoeningen, abnormale nierfunctie. **Registratiehouder:** Ferring B.V., Postbus 184, 2130 AD, Hoofddorp. **Registratienummers:** Tabletten onder RVG 14797 (500mg) en RVG 105712 (1g); Granulaat onder RVG 18706 (1g), RVG 31379 (2g) en RVG 114015 (4g), Suspensie voor rectaal gebruik onder RVG 11782, zetpil onder RVG 15064. **Afleverstatus:** UR. **Datum tekst:** april 2018.

* Remissie werd bereikt in 52,1% van de patiënten op 4g/dag Pentasa sachets (OD), in combinatie met Pentasa (1g) klysma. Bij patiënten die 4g/dag eenmaal daags innamen, had 87,5% na 8 weken mucosal healing.

Referenties: 1. Flourie B. Aliment Pharmacol Ther 2013;37:767-75; 2. SmPC Pentasa; 3. Rijk MC. Scand J Gastroenterol. 1992;27(10):863-8.

Oproep Corrie Hermannprijs

Heeft u in uw medische staf een vrouwelijke arts, die

- wetenschappelijk actief is op het gebied van vrouwen en gezondheidszorg?
- wetenschappelijke resultaten weet te vertalen naar maatschappelijke relevantie?
- aandacht heeft voor seksegebonden aspecten in haar werk of nevenfuncties?
- baanbrekend, grensverleggend en/of inspirerend is?
- zich inzet voor de zichtbaarheid van vrouwelijke artsen in wetenschap, beleid en/of bestuur?

De **Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA)** stimuleert de wetenschappelijke en maatschappelijke ontwikkeling van seksespecifieke geneeskunde en beoogt de positie van de vrouwelijke arts te versterken. Jaarlijks kent de VNVA de **Corrie Hermannprijs** toe aan een vrouwelijke arts die met haar inzet en resultaten een bijdrage levert aan het realiseren van de doelstellingen van de VNVA. Kent u een potentiële kandidaat? Mail voor 31 oktober 2022 naar vnvamail@vnva.nl.

Scan de QR-code voor meer informatie.

Proefschriftsponsoring 2022

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 2022 € 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 èn eerdere proefschriften kunt u vinden via www.nvge.nl

G. Trentadue, 11 mei 2022, Groningen
Organ-specific interventions in intestinal transplantation

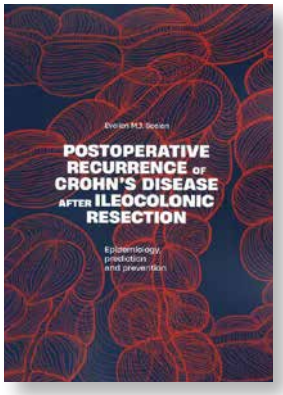
B.J. van der Wilk, 12 mei 2022, Rotterdam
Esophageal cancer - Towards active surveillance

M. de Krijger, 13 mei 2022, Amsterdam
Gut-liver interactions in primary sclerosing cholangitis and inflammatory bowel disease

S.E. van der Wiel, 31 mei 2022, Rotterdam
Optimizing performance and techniques in advanced pancreatobiliary endoscopy

D.J. van Beek, 2 juni 2022, Utrecht
Tailor-made treatment of patients with multiple endocrine neoplasia type 1-related duodenopancreatic neuroendocrine tumors

C.R. Lamers, 8 juni 2022, Wageningen
The role of the Dutch dietary and physical activity guidelines in Inflammatory Bowel Disease – Implications for clinical practice



Proefschrift E.M.J. Beelen

S.N. van Munster, 17 juni 2022, Amsterdam
Esophageal neoplasia revisited - Risk stratification, treatment, and long-term outcomes

P.F. Vollebregt, 24 juni 2022, Amsterdam
Disorders of continence and defaecation – Insights into risk factors, underlying pathophysiology and treatment

S.A.V. Nieuwenburg, 24 juni 2022, Rotterdam
Screening and Surveillance of the Gastrointestinal Tract

W. Moris, 29 juni 2022, Maastricht
Recent advances in genetic iron overload-related disorders - *With special focus on ferritin and HFE-related hemochromatosis*

E.M.J. Beelen, 29 juni 2022, Rotterdam
Postoperative recurrence of Crohn's disease after ileocolonic resection - Epidemiology, prediction and prevention