



Oratie Prof. dr. Geert Wanten



VOORWOORD

COLOFON

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

Redactieadres/Inlichtingen advertenties:

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

Secretariaat/ Ledenadministratie:

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

Lidmaatschap:

Aanmelden via www.nvge.nl

Opzegging:

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

Overname van gegevens uit DDD news is toegestaan met bronvermelding.

Vormgeving:

Venhuis Communicatie Producties

Omslagfoto:

Prof. dr. Geert Wanten

ISSN: 2543-3075



Geachte DDD news lezers,

Bij het schrijven van dit voorwoord is ook de laatste regio in Nederland aan zijn / haar welverdiende zomervakantie begonnen. De periode van het jaar waar we met z'n allen al weken reikhalzend naar uitkijken, even afschakelen van de dagelijkse hectiek en de batterij weer proberen op te laden voor de rest van het jaar. Momenten van reflectie komen dan vaak vanzelf, wellicht gestimuleerd door een prachtig Frans of Italiaans landschap, goed gezelschap en lekker eten.

In de vorige editie van DDD news heeft u al een samenvatting kunnen lezen van de afgelopen DDD en heeft u mogelijk spijt gekregen dat u er niet bij geweest bent. In de tussentijd is samen met de secties en werkgroepen hard gewerkt aan het programma van september. U zult zien dat er een mooie balans is gevonden tussen wetenschap, nascholing en overkoepelende thema's zoals kwaliteit van zorg. Via o.a. LinkedIn proberen we als NVGE onze doelgroepen nog beter te bereiken en naar Veldhoven te trekken, deel of like gerust als u aankondigingen voorbij ziet komen.

Een aantal veranderingen zijn op komst. In de eerste plaats binnen het NVGE-bestuur. Na vele jaren een boegbeeld binnen het bestuur te zijn geweest, eerst in de rol van secretaris en later als voorzitter, gaat Andrea van der Meulen ons komende september verlaten. Wij zullen haar visie, ervaring, harde werken en gezelligheid, maar ook haar rol als verbinder tussen NVGE, NVMDL en NVH gaan missen. Gelukkig hebben we in Gerd Bouma een waardig opvolger gevonden. We hebben er alle vertrouwen in dat hij samen met het bestuur onze mooie vereniging verder laat floreren.

De andere aangekondigde verandering betreft de structuur en opzet van de DDD. We bouwen samen met de Raad van Afgevaardigden voort op de uitkomst van de recente enquête onder onze leden. Het is een grote klus om grote veranderingen door te voeren, er zijn vele belangen waar rekening mee dient te worden gehouden, en als wetenschappelijke vereniging willen we geen concessies doen aan tijd en ruimte voor (jonge) onderzoekers om hun werk te presenteren. In Nederland wordt veel hoog-

Lees verder op pagina 4

INHOUD

Ins & Outs	5
Oratie	6
Terugblik Casuïstiek Online	7
Vooruitblik DDD september	11
DDD Science	14
Programma DDD	16
De appel valt niet ver	24
Studie in the spotlight	26
Terugblik PhD Summer School	27
MDL Fonds	27
Reisbeursverslagen	29
Proefschriften	31

CONGRESAGENDA 2026

8 september 2026

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

3 november 2026

Casuïstiek Online
Locatie: Online vanuit studio

9 en 10 september 2026

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

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

Vervolg voorwoord

impact MDL-onderzoek verricht en dat verdient primair een podium tijdens de DDD, voorlopig nog in Veldhoven, maar wie weet in de toekomst op een andere locatie. De eerste aanpassingen zullen komen in 2027, met het streven om in 2028 de DDD nieuwe stijl te introduceren. Komende ALV zult u wat meer details van deze plannen horen.

Namens het bestuur wensen wij u allen een mooie zomervakantie, nadien gezond weer aan het werk, en begroeten wij u van harte op 9 en 10 september in Veldhoven!

Alexander Bodelier

Samenstelling bestuur

Dr. A.E. (Andrea) van der Meulen, *voorzitter*
Dr. W.M.U. (Helma) van Grevenstein, *vice-voorzitter*
Dr. A.G.L. (Alexander) Bodelier, *secretaris*
Dr. P.P.J. (Patrick) van der Veek, *penningmeester*

Raad van afgevaardigden:

Dr. K. (Klaas) van der Linde, *public relations*
Dr. M.J. (Milan) Sonneveld, *namens Nederlandse Vereniging voor Hepatologie*
Dr. T.G.J. (Tim) de Meij, *namens Sectie Kinder-MDL*
Dr. A.C. (Annemarie) de Vries, *namens Sectie Inflamatoire Darmziekten*
Drs. R.J. (Robert) de Vos tot Nederveen Cappel, *namens Nederlandse Vereniging voor Gastro-intestinale Chirurgie*

J. (Joris) Peters, *namens V&VN MDL*
Dr. J.M. (José) Conchillo, *namens Sectie Neurogastro-enterologie en motiliteit*
Dr. M.C.A. (Mariëtte) van Kouwen, *namens Sectie Gastrointestinale Oncologie*
Dr. L.J.A.C. (Luuk) Hawinkels, *namens Sectie Experimentele Gastroenterologie*
Dr. R.P. (Rogier) Voermans, *namens Sectie Gastrointestinale Endoscopie*
M.J.M. (Marcel) Groenen, *namens MDL-Raad W&I NVMDL*
Drs. M.T.J. (Michiel) Bak, *redactielid DDD news*
Dr. I.J.M. (Iris) Levink, *redactie DDD-news*
D.A. (Daan) Verhoeven, *namens PhD netwerk*



Naam: Joris Peters

Functie binnen de V&VN MDL: Voorzitter

Sinds 2019 werkzaam als verpleegkundig specialist MDL in het Bravis ziekenhuis te Roosendaal met als aandachtsgebied leefstijl bij IBD. Daarnaast ben ik sinds maart 2026 voorzitter van de V&VN MDL waarbij ik de rol van Mirjam van Loon - van den Ende heb overgenomen.

De twee jaar ervoor ben ik als bestuurslid bezig geweest met de profilering en positionering van de MDL-verpleegkundige werkzaam in de kliniek. Hiervoor is een beroepsprofiel ontwikkeld die de komende jaren verder geïmplementeerd zal worden in de MDL-praktijk. Het verdere doel vanuit het MDL-bestuur is om de MDL-zorg verder te optimaliseren, kwaliteit van zorg te verbeteren en het onderwijs te bevorderen. Daarnaast willen we de belangen van verpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en verzorgenden binnen de maag-, darm- en leverzorg blijven vertegenwoordigen. Het bestuur richt zich op de ontwikkeling van het vakgebied en het ondersteunen van de leden.

Ziekenhuis: Bravis ziekenhuis

Afdeling: Maag-, darm- en leverziekten

Functie: Verpleegkundig specialist MDL en leefstijlcoach

Naam: Daan Verhoeven

Functie binnen NVGE: Voorzitter PhD Netwerk

Sinds oktober 2023 ben ik als promovendus werkzaam binnen het LUMC. Mijn onderzoek richt zich op de lokale endoscopische behandeling van T1-colorectale carcinomen en de surveillance na deze behandeling. Zo onderzoeken we onder andere in de RUBATO-studie de voorkeuren van artsen en patiënten voor de surveillance na lokale resectie van een hoog-risico T1-colorectaal carcinoom. Daarnaast hebben we in de TRIASSIC-studie de uitkomsten van ESD en TAMIS met elkaar vergeleken. Inmiddels ben ik aanbeland in het laatste jaar van mijn promotietraject.

Sinds 2024 maak ik deel uit van het bestuur van het PhD Netwerk van de NVGE. Ik begon als commissaris communicatie en heb inmiddels het voorzitterschap overgenomen van Elyke Visser. Het PhD Netwerk brengt promovendi binnen de MDL met elkaar in contact en behartigt hun belangen binnen de NVGE. Als voorzitter wil ik bijdragen aan een toegankelijk en actief netwerk, waarin de samenwerking tussen verschillende centra vanzelfsprekend is en promovendi elkaar gemakkelijk weten te vinden. Daarnaast zet ik mij in voor inspirerende bijeenkomsten die jonge onderzoekers ondersteunen in hun wetenschappelijke en persoonlijke ontwikkeling.

Ziekenhuis: Leids Universitair Medisch Centrum

Afdeling: Maag-, Darm- & Leverziekten

Functie: Promovendus

Aandachtsgebieden: T1CRC, interventie endoscopie



Oratie Prof. Dr. Geert Wanten

Leerstoel Darmfalen: Innovatie voor optimale en persoonsgerichte zorg

Darmfalen is een zeldzame, maar levensbedreigende aandoening waarbij de darm onvoldoende voedingsstoffen, vocht en elektrolyten kan opnemen om zelfstandig in leven te blijven. Voor veel patiënten betekent dit langdurige of levenslange behandeling met thuisparenterale voeding via een centraal veneuze katheter. De leerstoel Darmfalen richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van leven en de overleving van deze patiënten door innovatie in zorg, wetenschap en organisatie van zorg. De leerstoel combineert klinische expertise, translationeel onderzoek en multidisciplinaire samenwerking om complexe zorg toegankelijker, veiliger en duurzamer te maken.

Het Radboud Expertisecentrum Darmfalen (RED) heeft zich, sinds in 1969 voor het eerst in Nederland in Nijmegen thuis TPV werd geïnitieerd, ontwikkeld tot het grootste expertisecentrum voor volwassenen met chronisch darmfalen en behoort tot de Europese top. Binnen dit centrum werken MDL artsen, een internist, verpleegkundig specialisten, gespecialiseerde verpleegkundigen, diëtisten, apothekers en vele andere disciplines nauw samen. Deze geïntegreerde aanpak vormt de basis voor hooggespecialiseerde, persoonsgerichte zorg, waarbij behandeling niet alleen gericht is op overleving, maar vooral ook op behoud van zelfstandigheid en kwaliteit van leven. Er is een intensieve samenwerking binnen de Stichting Darmfalen Nederland in het kader van acuut darmfalen (Amsterdam umc), darmmotiliteitsonderzoek (MUMC) en intestinale transplantatie (UMCG).

De wetenschappelijke focus van de leerstoel ligt op het voorkomen van de belangrijkste complicaties van thuisparenterale voeding: katheterinfecties, trombose en leverproblematiek. Onderzoek vanuit het Radboudumc heeft geleid tot belangrijke internationale doorbraken, waaronder de introductie van taurolidine als katheterslot ter preventie van lijninfecties en het gebruik van de arterioveneuze fistel (shunt) als veneuze toegang. Daarnaast is een innovatieve moleculaire diagnostische techniek (droplet digital PCR) ontwikkeld waarmee bloedbaaninfecties sneller kunnen worden vastgesteld dan met conventionele bloedkweken. Hierdoor kunnen infecties eerder worden behandeld, complicaties worden voorkomen en kan onnodig antibioticagebruik worden verminderd. Deze innovaties hebben Europese richtlijnen bereikt en hebben geleid tot betere patiëntenzorg.

Naast infectiepreventie richt de leerstoel zich op verdere personalisering van de behandeling.

Een speerpunt is het ontwikkelen van individuele absorptieprofielen voor patiënten met het korte-darmsyndroom. Hierdoor kan beter worden voorspeld welke geneesmiddelen voldoende via de darm worden opgenomen en wanneer intraveneuze toediening werkelijk noodzakelijk is. Dit biedt kansen om ziekenhuisopnames te verminderen, kosten te verlagen en het comfort van patiënten aanzienlijk te vergroten. Ook wordt gewerkt aan point-of-care diagnostiek en thuismonitoring, zodat dreigende uitdroging of andere complicaties vroegtijdig thuis kunnen worden herkend en behandeld.

Een tweede belangrijke pijler van de leerstoel is de organisatie van zorg. Complexe darmfalenzorg vraagt om nauwe samenwerking tussen academische centra, regionale ziekenhuizen, thuiszorgorganisaties en patiënten. Daarom wordt ingezet op shared care, waarbij specialistische expertise vanuit het expertisecentrum wordt gecombineerd met behandeling dicht bij huis. Ook worden patiënten thuis getraind in het veilig toedienen van parenterale voeding, volledig afgestemd op hun persoonlijke leefomgeving. Hiermee sluit de leerstoel aan bij de strategie van het Radboudumc om zorg waar mogelijk buiten het ziekenhuis te organiseren.

De maatschappelijke betekenis van de leerstoel reikt verder dan darmfalen alleen. Innovaties op het gebied van infectiepreventie, trombose, moleculaire diagnostiek, thuismonitoring en transmuraal georganiseerde zorg zijn ook toepasbaar bij andere patiëntengroepen die afhankelijk zijn van langdurige intraveneuze behandeling. Daarmee fungeert darmfalenzorg als voorbeeld voor de toekomst van complexe, persoonsgerichte en duurzame academische zorg, waarin wetenschappelijke innovatie direct wordt vertaald naar betere uitkomsten voor patiënten.

Geert Wanten studeerde Biologie en Geneeskunde in Nijmegen, en werd internist (2000) en MDL-arts (2003). In 2002 promoveerde hij op de effecten van vetten in parenterale voeding op het afweersysteem. Sinds 2005 is hij hoofd van het Darmfalen Team van het Radboudumc. Van 2008 tot 2018 was hij voorzitter van NESPEN en tot 2022 van de NVMDL-sectie Voeding. In 2017 was hij voorzitter van het Europese (ESPEN) voedingscongres in Den Haag. Sinds 2009 is hij penningmeester van de Stichting Darmfalen Nederland en participeert hij in de ESPEN Home Artificial Nutrition werkgroep.



Terugblik Casuïstiek Online mei 2026

Programma casuïstiek

Leids Universitair Medisch Centrum

Als behandeling blijft doorwerken
Michiel Mommersteeg, aios MDL, LUMC, Leiden

Is het IBD, ja of nee?
Marle van Hienen, anios MDL, LUMC, Leiden

Maastricht UMC+

Scrotale zwelling in een patiënt met Crohn: Meer dan op het eerste gezicht lijkt
Ashkan Rezazadeh Ardabili, aios MDL, MUMC+, Maastricht

Hepatische encefalopathie – de missing L(Z)ink
Julia Korzilius, anios MDL, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven

Erasmus MC

Fried rice syndrome
Eline Kamp, aios MDL, Erasmus MC, Rotterdam

Connecting the dots
Tim Middelburg, aios MDL, Erasmus MC, Rotterdam



Groepsfoto Casuïstiek Online mei 2026.

Winnende Casus

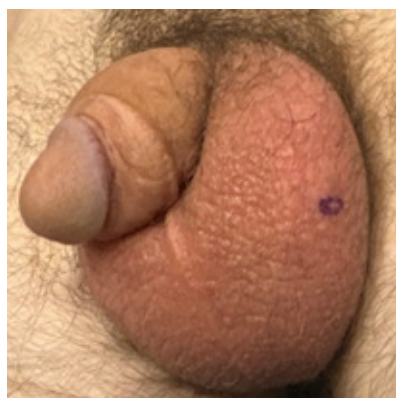
NVGE Ashkan Rezazadeh Ardabili

Een 33-jarige man met een lange voorgeschiedenis van de ziekte van Crohn (A2L3B3+P) presenteerde zich op onze polikliniek. Het ziektebeloop werd gekenmerkt door gebruik van meerdere medicamenteuze therapieën en chirurgische interventies. Na 'secondary loss of response' op infliximab na negen jaar behandeling onderging patiënt een ileocaecaal resectie. Initieel bleef hij hierna medicatievrij, maar wegens recidiverende ziekteactiviteit werd gestart met prednison en later ustekinumab. Vier jaar later presenteerde patiënt zich acuut met een perforatie waarvoor in acute setting een re-resectie werd verricht. Tevens was er sprake van opnieuw actieve perianale ziekte bij reeds aanwezige setons. Na de re-resectie werd direct gestart met risankizumab, waarmee partiële respons werd bereikt in het kader van zijn perianale ziekte.



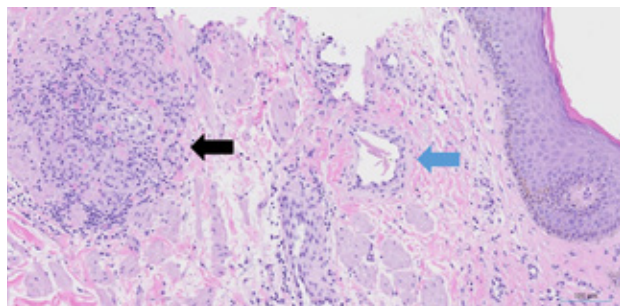
Zes weken vóór een reguliere poliklinische controle bemerkte patiënt progressieve zwelling van het scrotum. Eerdere episodes van voorbijgaande zwelling waren in het verleden al opgetreden, maar nooit in deze mate of duur. Wegens het progressieve karakter van de klachten en interferentie met dagelijkse activiteiten had patiënt reeds via de huisarts een urologische evaluatie geregeld.

Lichamelijk onderzoek door de uroloog toonde een niet-pijnlijk, diffuus oedemateus scrotum en proximale penisschacht met mild overliggend erytheem (Afbeelding 1). Er waren geen aanwijzingen voor fluctuatie, nodulariteit of ulceraties. Routinematig laboratoriumonderzoek, waaronder bloedbeeld, nier- en leverfunctie en CRP, liet geen afwijkingen zien. SOA-diagnostiek en urineonderzoek waren ook negatief. Echografie van het scrotum liet normale testiculaire structuren zien met uitsluitend wekedelen oedeem, zonder hydrocele of abcesvorming. Aangezien er vanuit urologisch perspectief geen verklaring voor de klachten werd gevonden, werd patiënt terugverwezen naar de huisarts.



Afbeelding 1.
Scrotale zwelling met overliggend erytheem.

Tijdens de geplande controle op IBD-polikliniek één maand later persisteerde de scrotale zwelling, inmiddels gepaard gaand met een dof en zwaar gevoel. De ontlasting was ongewijzigd met 2-3 defecaties per dag zonder bloed- of slijmbijmenging. Daarnaast rapporteerde patiënt aanhoudende perianale klachten met enige seropurulente drai-



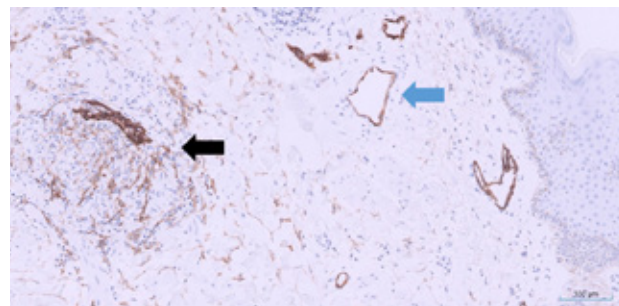
Afbeelding 2. H&E kleuring scrotum biopst met daarin granuloom opgebouwd uit epithelioïde histiocyten in de dermis (zwarte pijl), lymfocytair infiltraat en teleangiëctasieën (blauwe pijl).

nage en lokale irritatie. Bij lichamelijk onderzoek werd mild erytheem gezien met minimale drainage langs de bestaande setons. Een aanvullende MRI van het kleine bekken toonde complexe perianale fistels met kleine vochtcollecties, zonder aanwijzingen voor fisteling richting het scrotum. Om betere drainage te bewerkstelligen werden via de chirurg onder anesthesie de fistelgangen gesaneerd en de setons vervangen. Ondanks deze interventie persisteerden de scrotale afwijkingen met induratie en erytheem, zonder fluctuatie of ulceraties.

Vanwege aanhoudende klachten en het uitblijven van een duidelijke verklaring voor de genitale afwijkingen werd patiënt verwezen naar de dermatoloog, waarna een biopst van het scrotum werd verricht. Histopathologisch onderzoek met hematoxyline-eosinekleuring (Afbeelding 2) toonde een goed gevormd niet-verkazend granuloom bestaande uit epithelioïde histiocyten in de dermis, met begeleidend een mild lymfocytair infiltraat, oedeem en teleangiëctasieën. Immunohistochemische kleuring voor podoplanine (D2-40), een specifieke marker voor lymfevatendotheel, liet gedilateerde oppervlakkige lymfevaten zien met granulomateuze ontsteking in nauwe associatie met een lymfevat resulterend in obstructie van lymfevat (Afbeelding 3).

Op basis van het klinisch beeld, in combinatie met de histopathologische bevindingen, werd de diagnose metastatische cutane Crohn (MCD) van de genitaliën gesteld.

Terminologie rondom huidbetrokkenheid bij de ziekte van Crohn wordt in de literatuur frequent door elkaar gebruikt. Cutane Crohn vormt hierbij de paraplu-term voor huidmanifestaties en omvat drie verschillende categorieën: (1) directe uitbreiding naar aangrenzende huid, (2) Crohn-geassocieerde reactieve dermatosen en (3) MCD. Onder directe uitbreiding vallen onder meer perianale fistels, fissuren en abscessen, terwijl erythema nodosum en pyoderma gangrenosum voorbeelden zijn van reactieve dermatosen. MCD daarentegen wordt gekenmerkt door (granulomateuze) huidafwijkingen zonder contigue uitbreiding vanuit de darm.



Afbeelding 3. D2-40 (podoplanine) kleuring, specifieke marker voor lymfevatendotheel, met gedilateerde oppervlakkige lymfevaten (blauwe pijl) en met granulomateuze ontsteking in nauwe associatie met een lymfevat resulterend in obstructie van lymfevat (zwarte pijl).

MCD werd voor het eerst beschreven in de jaren zestig en betreft een zeldzame, waarschijnlijk onderherkende manifestatie van de ziekte van Crohn.¹ De klinische presentatie is heterogeen en varieert van ulceraties, plaques en noduli tot geïsoleerde zwelling of lymfoedeem, wat herkenning kan bemoeilijken. De afwijkingen kunnen vóór, gelijktijdig met of na de diagnose van luminale ziekte optreden en zijn niet noodzakelijk gerelateerd aan actieve intestinale inflammatie.² Omdat perianale ziekte frequent gelijktijdig voorkomt, is het uitsluiten van directe fisteling, bij voorkeur middels MRI, essentieel.

Recent werden voor MCD voor het eerst formele diagnostische criteria opgesteld in een Delphi-consensus gepubliceerd in JAMA Dermatology.³ Hierin wordt onderscheid gemaakt tussen major- en minorcriteria voor genitale en andere niet-orale vormen van MCD. Major criteria omvatten onder andere genitale zwelling, knife-cut ulceraties en lymfoedemateuze veranderingen van de genitale huid. De diagnose kan worden gesteld op basis van een combinatie van major- en minorcriteria. Histopathologisch onderzoek met niet-verkazende granulomen kan de diagnose ondersteunen, maar is volgens deze consensus niet strikt noodzakelijk.

Voor MCD bestaat geen gestandaardiseerde behandeling en gerandomiseerde studies ontbreken. De aandoening is over het algemeen moeilijk te behandelen en beschikbare literatuur beperkt zich voornamelijk tot casusbeschrijvingen. In de literatuur worden wisselende respons- en recidiefpercentages beschreven bij behandeling met corticosteroiden, immuunmodulatoren, antibiotica en anti-TNF-therapie.^{4,5} Daarnaast wordt vaak initieel een poging gedaan met topische therapie, waaronder corticosteroiden of tacrolimus. In de meeste gevallen lijkt systemische immuunsuppressieve therapie noodzakelijk. Data over de effectiviteit van nieuwe therapieën, zoals IL-23-remmers en JAK-remmers, zijn voor deze specifieke manifestatie voornamelijk zeer beperkt.

Terugkoppeling casus: Vanwege persisterende actieve perianale ziekte ondanks behandeling met risankizumab, werd



Afbeelding 4.
Resolutie van scrotale
zwelling na 8 weken
behandeling met
upadacitinib.



Winnaar Ashkan Rezazadeh Ardabili.

besloten patiënt om te zetten naar upadacitinib. Behandeling werd gestart volgens het geregistreerde inductieschema van 45 mg eenmaal daags gedurende twaalf weken, gevolgd door een onderhoudsdosering van 30 mg eenmaal daags. Patiënt rapporteerde snelle verbetering van de scrotale zwelling, met complete resolutie van de genitale klachten na de inductiefase (Afbeelding 4).⁶ Tijdens follow-up na één jaar was sprake van persisterende klinische en biochemische remissie zonder recidief van het scrotale oedeem.

Referenties

- Parks AG, Morson BC, Pegum JS. Crohn's disease with cutaneous involvement. *Proc R Soc Med* 1965;58:241–242
- Alexakis C, Gordon K, Mellor R, et al. Ano-genital granulomatosis and Crohn's disease: a case series of males presenting with genital lymphoedema. *J Crohns Colitis* 2017;11:454–459.
- Ebriani J, Santiago-Soltero K, Anshelevich EE, et al. Delphi Panel for the Development of Diagnostic Criteria for Metastatic Cutaneous Crohn Disease: a consensus statement. *JAMA Dermatol* 2025;161:642–647
- Dederichs F, Ilesalniks I, Sladek M, et al. Genital granulomatosis in male and female patients with Crohn's disease: clinical presentation and treatment outcomes. *J Crohns Colitis* 2018;12:197–203
- Aberumand, B., Howard, J., & Howard, J.. Metastatic Crohn's disease: An approach to an uncommon but important cutaneous disorder. *BioMed Research International*. 2017 <https://doi.org/10.1155/2017/8192150>
- Rezazadeh Ardabili, A. R., Polydorides, A. D., & Colombel, J.F.. Scrotal swelling in a patient with Crohn's disease: More than meets the eye. *Gastroenterology*. 2025 <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2025.07.001>

Symposium Sectie Gastrointestinale Oncologie

Woensdag 9 september | 09.30 – 10.45 | Brabantzaal

Wat doen “WE” met het rectumcarcinoom?

Ken je dat gevoel tijdens het MDO? Dat je het niet meer begrijpt? Zeker als je niet degene bent die altijd/meestal naar het MDO colorectaal gaat?

Wat is dat TNT eigenlijk? En waarom is dat beter dan gewone chemoradiotherapie? En wanneer doen we dat? Gelukkig schijnt er nu een keuzehulp te zijn. Maar hoe kom ik daaraan?

En is het mijn taak als MDL-arts of chirurg om bij te dragen aan deze discussie?

We hopen dat je na dit MDO steviger in je schoenen staat tijdens het volgende MDO in jouw ziekenhuis. En dat je tijdens het congres MDO met ons deelt hoe “ZE” dat in jouw ziekenhuis doen.

Symposium Crohn en Colitis NL

Woensdag 9 september | 14.30 – 16.00 | Parkzaal

Samen vooruit in IBD: keuzes van de patiënt voor de IBD-zorg van morgen

Na de succesvolle expertmeeting tijdens de DDD-dagen in het voorjaar van 2026 geven we het vervolg aan het thema Samen vooruit in IBD. Tijdens deze expertmeeting staan we stil bij de stem van de patiënt over de IBD-zorg van morgen.

Nanne de Boer, MDL-arts AmsterdamUMC | *De stem van de patiënt: van richtlijnen tot verlaging kosten van de zorg*

Marjolijn Duijvestein en Menne Scherpenzeel, MDL-arts Radboudumc/directeur Crohn & Colitis NL | *De onderzoeksagenda voor de toekomst: perspectief van patiënt, naaste en zorgverlener*

Symposium Sectie Gastrointestinale Endoscopie

Woensdag 9 september | 14.30 – 16.30 | Brabantzaal

Wilt u op de hoogte blijven van de nieuwste ontwikkelingen binnen de endoscopie? Tijdens dit symposium nemen toonaangevende specialisten u mee in de praktijk: van de mogelijkheden binnen het 'Digitale leeromgeving'-programma tot het standaardiseren van video-opslag en het maken van scherpe, leerzame procedurevideo's. Ter illustratie delen experts hun 'How I do it' technieken met u, zoals onder an-

der koude lis-technieken en EMR, fistulotomie voor galwegcanulatie, en loop-technieken.

Een compact, praktijkgericht programma met ruimte voor discussie — ideaal voor iedereen die zijn endoscopische vaardigheden wil aanscherpen en wil leren van collega's uit het veld.

Symposium Werkgroep Ischemie: Onbegrepen buikpijn

Woensdag 9 september | 16.30 – 18.30 | Brabantzaal

Onbegrepen buikklachten vormen voor veel zorgverleners een uitdaging. **NOS Nieuwsuur** heeft dit onderwerp recent nadrukkelijk op de kaart gezet. Patiënten wijten hun klachten vaak aan diagnoses als gastroparese of vasculaire aandoeningen. Veel jonge vrouwen met onverklaarbare buikklachten wijken uiteindelijk uit naar buitenlandse privéklinieken om behandeld te worden. Nederlandse MDL-artsen en chirurgen maken zich grote zorgen, want deze operaties zijn erg ingrijpend, duur en het wetenschappelijke bewijs dat ze helpen ontbreekt.

Om de effectiviteit van dergelijke ingrepen wetenschappelijk te toetsen, zijn er in Nederland inmiddels placebo-gecontroleerde studies gestart. Wij laten graag de experts aan het woord om de verschillende invalshoeken te belichten.

Luke Terlouw, AIOS MDL, Erasmus MC

Desirée Leemreis-van Noord, MDL-arts Erasmus MC & Franciscus

Werkgroep Mesenteriaal Ischemie



Meet the experts: “Vooraankondiging MDL Fonds / NWO call “Innovatieve vroegdiagnostiek van MDL-ziekten”

Woensdag 9 september | 18.30 uur – 19.30 uur | Baroniezaal

NWO en MDL Fonds slaan de handen ineen voor de Call for proposals “Innovatieve vroegdiagnostiek van MDL-ziekten”. Met deze Call binnen de KIC-lijn ‘*Vraag voor partners*’ willen NWO en MDL Fonds onderzoek mogelijk maken naar de vroege opsporing van MDL-ziekten met een hoge ziektelast of vroegsignalering van progressie/exacerbaties van deze ziekten. Dit alles met als doel innovatieve of radicaal verbeterde vroegdiagnostiek te ontwikkelen.

Tijdens deze vooraankondiging lichten wij de aanleiding, het thema, en het tijdspad en kaders van de call toe. Daarnaast geven we uitleg over het impactplan volgens de *Theory of Change*, een essentieel onderdeel van een subsidieaanvraag binnen deze call. Uiteraard is er gelegenheid voor het stellen van vragen.

Benieuwd naar de mogelijkheden van deze call? Kom naar de vooraankondiging, krijg alvast een eerste indruk en stel al je vragen. We zien je graag bij de sessie!

Collegetour NVMDL i.o.

Donderdag 10 september | 09.00 – 10.30 | Baroniezaal

Tijdens de DDD dit najaar is het zover: het NVMDL Career Event! Drie interessante sprekers zullen de revue passeren die alle drie een inspirerend carrièrepad hebben bewandeld. Allereerst Daniel Keszthelyi, MDL-arts en hoogleraar te Maastricht UMC. Daniel is expert in de Neurogastroenterologie en motoriek met onder andere verstand van het op dit moment veelbesproken onderwerp gastroparese. Onze tweede spreker is Vincent Rijckborst, MDL-arts te Erasmus

MC. Na zijn opleiding heeft Vincent ruim 5 jaar in de periferie in een maatschap gewerkt, waarna hij de overstap naar de academie heeft gemaakt. Wat heeft deze keuze gemaakt? Wat zijn wat hem betreft de grootste verschillen? Last but not least zal Joost Geesing ons meenemen in zijn carrièreverloop. Naast MDL-arts is Joost tevens Chief Medical Information Officer (CMIO) van het Diaconessenhuis. Benieuwd wat dit laatste inhoudt? Sluit vooral aan!

V&VN-programma

Donderdag 10 september | 09.00 – 14.30 | Brabantzaal en Parkzaal

Ook dit jaar heeft de V&VN een inspirerend en gevarieerd programma samengesteld voor de DDD.

In de ochtend starten we met een aantal actuele en vakoverstijgende onderwerpen. Zo neemt neuroloog Suzanne Booijs ons mee in de vraag: *Wat is normale slaap?* Aansluitend gaat anesthesioloog Marloes Otterman in op chronische pijn en bespreekt zij hoe zorgprofessionals hierin een belangrijke bijdrage kunnen leveren.

Na de eerste praatjes richten we ons op actuele ontwikkelingen binnen de MDL-zorg. Anne Slotegraaf en Eva Valgaeren laten zien hoe de Eetwijzer praktisch kan worden toegepast in de dagelijkse MDL-zorg. Vervolgens neemt Nancy Lardenoije ons mee in de kennisagenda rondom Barrett-oesofagus

en vertaalt zij de nieuwste inzichten naar de dagelijkse praktijk.

In de middag staat een boeiend endoscopieprogramma op het programma. Leon Moons bespreekt de toepassing van onderwaterpoliepectomie. Daarnaast komen diverse praktijkgerichte onderwerpen aan bod, waaronder PEG-problematiek vanuit het Catharina Ziekenhuis, het Nurse Assistant Propofol-project van het Amsterdam UMC en de nieuwste ontwikkelingen op het gebied van Barrett-endoscopie vanuit het Radboudumc.

Wij kijken ernaar uit u tijdens de DDD te ontmoeten voor een dag vol inspirerende presentaties, actuele kennis en waardevolle ontmoetingen.

Symposium Sectie Neurogastroenterologie en Motiliteit en Werkgroep Voeding

Donderdag 10 september | 11.00 – 12.30 | Parkzaal

Voeding bij functionele en motiliteitsstoornissen: oorzaak of oplossing?

De sectie Neurogastroenterologie en Motiliteit organiseert in samenwerking met de Werkgroep Voeding op donderdag 10 september het praktijkgericht symposium *Voeding bij functionele en motiliteitsstoornissen: oorzaak of oplossing?*. Tijdens het symposium komen de diagnostiek en behandeling van voedingsgerelateerde problematiek bij functionele en motiliteitsstoornissen aan bod.

Gastpreker prof. Peter Paine (Manchester, UK), internationaal expert op het gebied van neurogastroenterologie en motiliteit, verzorgt een lezing over *Tips en tricks bij enterale*

en parenterale voeding. Prof. Daisy Jonkers (Universiteit Maastricht) bespreekt *Feiten en fabels rondom non-gluten intolerantie*. Kinderarts-MDL R. Nowacki gaat in op de *herkenning en behandeling van ARFID in de klinische praktijk*. Tot slot bespreekt Jenny Brouns (diëtist, Maastricht UMC+) *de meerwaarde van dieetadviezen bij functionele buikklachten*.

Wij nodigen u van harte uit om dit symposium bij te wonen en kennis en ervaringen met elkaar te delen.

Dr. José Conchillo

Symposium PhD netwerk

Donderdag 10 september | 11.00 – 12.30 | Zaal 81

Van imposter syndrome naar inzicht in je kwaliteiten – dr. Louise Mennen

Herken je dat gevoel dat je elk moment door de mand kunt vallen, terwijl je het eigenlijk hartstikke goed doet? Veel zorgprofessionals en onderzoekers herkennen dit gevoel maar al te goed: het imposter syndrome.

Tijdens deze interactieve sessie van het NVGE PhD Netwerk op de aankomende editie van de DDD laat dr. Louise Mennen, trainer en coach met jarenlange onderzoekservaring, zien wat het imposter syndrome is, waarom het zo vaak voorkomt en hoe je ermee om kunt gaan.

Daarna gaan we aan de slag met jouw kwaliteiten. Door

inzicht te krijgen in je kwaliteiten én te leren hoe je signalen van het imposter syndrome kunt herkennen, krijg je praktische handvatten om deze gevoelens te relativeren en met meer vertrouwen nieuwe uitdagingen aan te gaan. Deze interactieve sessie biedt ruimte voor herkenning, uitwisseling en praktische oefeningen.

Of je nu verpleegkundige, PhD-student, A(N)IOS of medisch specialist bent: iedereen die zichzelf weleens onderschat en zijn of haar kwaliteiten beter wil leren inzetten, is van harte welkom.

Videosymposium Sectie Gastrointestinale Endoscopie

Donderdag 10 september | 14.30 – 15.30 | Auditorium

Eén van de hoogtepunten van de DDD: het jaarlijkse videosymposium! Sluit het congres af met inspirerende en leerzame presentaties: bijzondere casussen, vernieuwende technieken en instructieve video's van collega's uit het hele land.

Perfekte montage? Niet nodig. Ook een korte presentatie met

een reeks foto's kan van grote waarde zijn voor kennisdeling. Laat je dus niet tegenhouden en lever je bijdrage in! De beste inzendingen worden vertoond tijdens het symposium – een unieke kans om jouw inzichten te delen met vakgenoten.

Endoscopische echogeleide gastro-enterostomie is kosteneffectiever dan chirurgische gastrojejunostomie. Een gezondheids-economische analyse op basis van data uit een gerandomiseerde studie

van de Pavert, Yorick L., Kirsten Opmeer, Marc G. Besselink, et al. 2026. "Endoscopic Ultrasonography-Guided Gastroenterostomy Is More Cost Effective Than Surgical Gastrojejunostomy: A Health-Economic Evaluation Alongside a Randomized Trial," *United European Gastroenterology Journal*: e70220. <https://doi.org/10.1002/ueg2.70220>.

Nederlandse samenvatting door: drs. Yorick van de Pavert, AIOS MDL en arts-onderzoeker, UMC Utrecht, dr. Miriam van der Meulen, Julius Centrum/UMC Utrecht en prof. dr. Frank Vleggaar, MDL-arts, UMC Utrecht

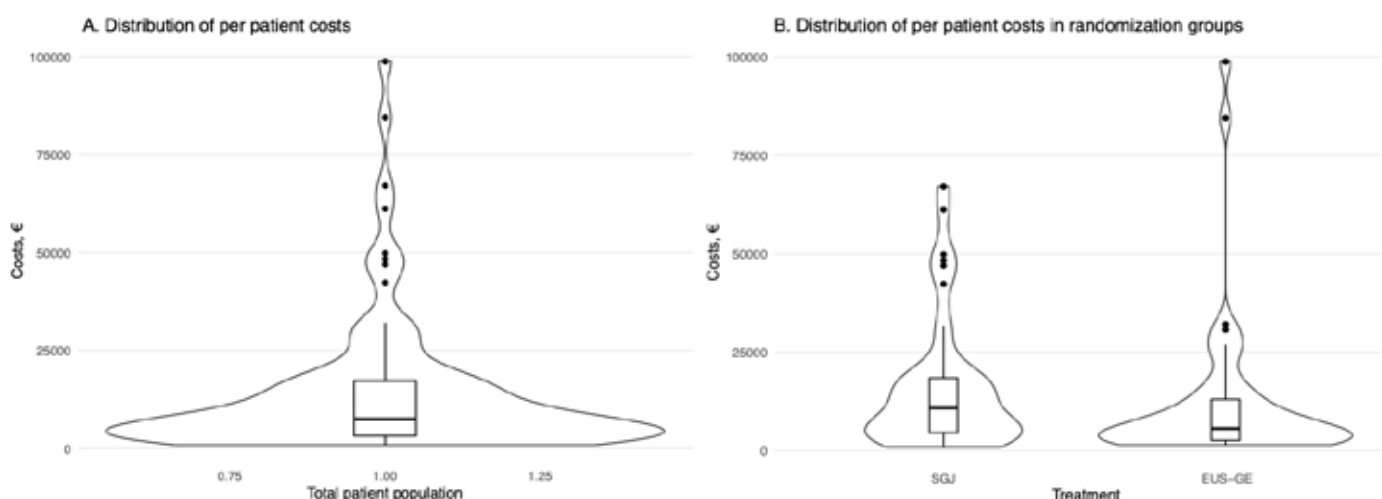
Achtergrond

Traditioneel worden patiënten met een maligne maaguitgangstenose in goede conditie behandeld met het aanleggen van een laparoscopische gastrojejunostomie (LGJ). Alhoewel deze behandeling een laag risico op reïnterventies kent, gaat de post-operatieve fase vaak gepaard met complicaties. Endoscopische echogeleide gastro-enterostomie (EUS-GE) is een relatief nieuw minimaal-invasief alternatief waarbij een *lumen-apposing metal stent* (LAMS) tussen de distale maag en de dunne darm wordt geplaatst om op deze manier voedselpassage te herstellen. Vorig jaar werd de ENDURO-studie gepubliceerd, waarbij patiënten met

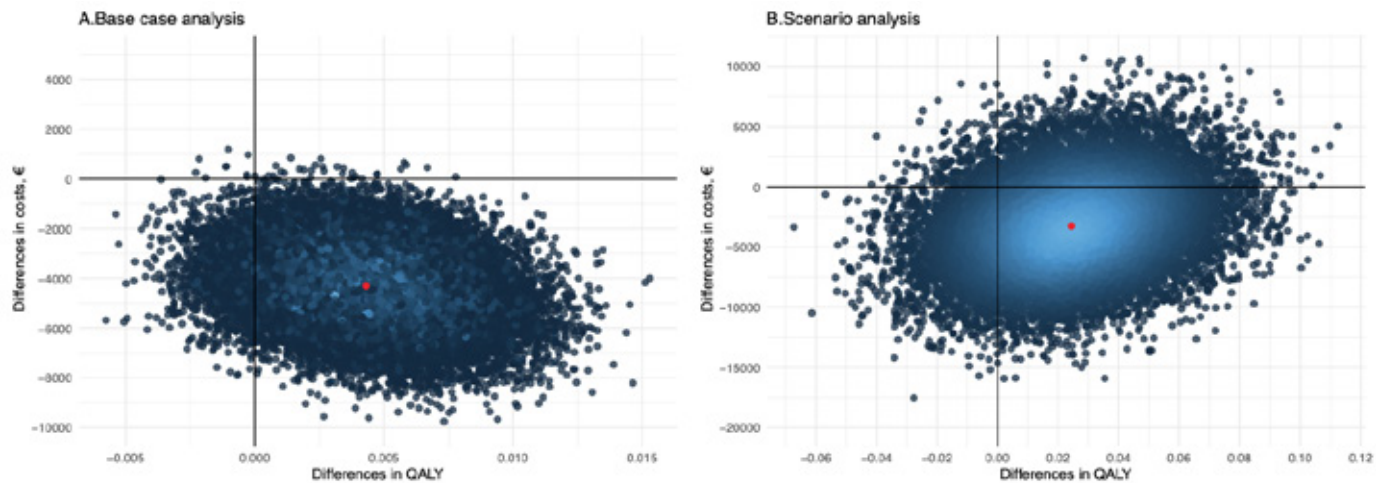
een maligne maaguitgangstenose gerandomiseerd werden tussen bovengenoemde behandelingen.¹ De studie liet zien dat patiënten na EUS-GE sneller het eten van vast voedsel konden hervatten zonder dat er meer patiënten aanhoudende of terugkerende klachten van een obstructie hadden (non-inferioriteit). Omdat ook de opnameduur korter was, werd verondersteld dat EUS-GE een kosten-effectievere behandeling zou zijn dan LGJ. De kosten van de LAMS zijn echter relatief hoog, wat bovengenoemde voordelen teniet zou kunnen doen. De huidige studie is een economische analyse die werd uitgevoerd naast de ENDURO-studie.

Methoden

In de ENDURO-studie werden 98 patiënten gerandomiseerd tussen LGJ (n=50) en EUS-GE (n=48). Voor de kosteneffectiviteitsanalyse werd de minutprijs van beide procedures 'bottom-up' berekend door de kosten mee te nemen van personeel, bouw, inventaris en *overhead* voor zowel de endoscopiekamer (met doorlichting) en operatiekamer.² De minutprijs werd vermenigvuldigd met de gemiddelde duur van elke procedure en opgeteld bij de kosten voor endoscopische en laparoscopische apparatuur, medicatie en wegwerpartikelen. We berekenden ziekenhuiskosten tot een maand na de procedure aan de hand van zorgverze-



Figuur 1. (A) Verdeling van de kosten per patiënt gedurende de eerste maand na behandeling voor alle behandelde patiënten. (B) Verdeling van de kosten per patiënt per behandelarm.



Figuur 2. Kosten en QALY's van EUS-GE vergeleken met LGJ na 2000 bootstrap replicaties weergegeven in een cost-effectiveness plane. (A) Base case analyse waarin de kosteneffectiviteit één maand na behandeling werd vergeleken. (B) Scenario analyse waarin kosteneffectiviteit zes maanden na behandeling werd vergeleken. Elke stip geeft het verschil weer tussen EUS-GE en LGJ van één bootstrap replicatie. Het linker bovenkwadrant impliceert hogere kosten en lagere QALY's, het rechter bovenkwadrant hogere kosten en hogere QALY's, het linker onderkwadrant lagere kosten en lagere QALY's en het rechter onderkwadrant lagere kosten en hogere QALY's van EUS-GE t.o.v. LGJ.

keringsdeclaraties. Kosten-effectiviteit gaven we weer als *quality-adjusted lifeyears* (QALY's). Om de onzekerheid van de gevonden verschillen in kosten en effectiviteit in te schatten, werd gebruik gemaakt van *bootstrapping*.

Bevindingen

De berekende prijs per minuut voor een endoscopiekamer met doorlichting was € 8,64. Voor een operatiekamer was dit € 11,78. De gemiddelde kosten voor het uitvoeren van EUS-GE werden geschat op € 4405,40 en die van LGJ op € 3393,71. De totale ziekenhuiskosten voor EUS-GE waren € 5.172 en voor LGJ € 10.458. Dit verschil werd voornamelijk bepaald door een langere opnameduur na LGJ. De gemiddelde QALY-bijdrage een maand na behandeling was 0.004 hoger in de EUS-GE groep. Uit de bootstrapanalyse bleek dat EUS-GE in 95.6% van de replicaties zowel goedkoper was als een betere kwaliteit van leven opleverde.

Conclusie en implicaties voor de toekomst

De resultaten van deze studie laten zien dat EUS-GE kosten-effectiever is dan LGJ als palliatieve behandeling van patiënten met een maligne maaguitgangstenose. Dit komt zowel door een kostenbesparing vanwege de kortere opnameduur als een winst in QALY's ten faveure van EUS-GE.

De data kunnen klinici en beleidsmakers ondersteunen in het selecteren van de beste behandelstrategie voor deze patiëntencategorie. Deze bevindingen ondersteunen het gebruik van EUS-GE als eerstelijnsbehandeling voor deze patiënten-

categorie. Vervolgonderzoek zal zich onder andere moeten richten op wat er noodzakelijk is om EUS-GE succesvol en veilig te implementeren in ziekenhuizen en in hoeverre de behandeling gecentraliseerd dient te worden.

Referenties

1. Pavert YL van de, Kastelijn JB, Besselink MG, et al. Endoscopic versus surgical gastroenterostomy for palliation of malignant gastric outlet obstruction (ENDURO): a randomised controlled trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2025;10:1065–1074. Available at: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2468125325002092>.
2. Patel S, Lindenberg M, Rovers MM, et al. Understanding the Costs of Surgery: A Bottom-Up Cost Analysis of Both a Hybrid Operating Room and Conventional Operating Room. *Int J Health Policy Manag* 2022;11:299–307.

DIGESTIVE DISEASE DAYS 9

WOENSDAG 9 SEPTEMBER 2026

Woensdag	Brabantzaal	Auditorium	Baroniezaal	Parkzaal	Zaal 80/81
09.30 - 10.45	Symposium Sectie Gastrointestinale Oncologie	Symposium Sectie Inflammatoire Darmziekten		Symposium NVMDL: Preventie	
10.45 - 11.15	Koffiepauze expositiehal	Koffiepauze expositiehal	Koffiepauze expositiehal	Koffiepauze expositiehal	Koffiepauze expositiehal
11.15 - 12.15	President Select Keynote lecture: Dr. M. Tushuizen: "MASLD, een omvangrijk probleem" Gastrostart + vervolg subsidie				
12.15 - 12.30	ALV Nederlandse Vereniging voor Gastroenterologie				
12.30 - 13.30	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	12.00 – 14.30 Seniorenprogramma 12.00- 13.00 Ontvangst en lunch in restaurant Porticato
Tijdens lunchpauze	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	
13.30 - 14.30	Abstractsessie Sectie Gastrointestinale Endoscopie	Abstractsessie Sectie Inflammatoire Darmziekten	Abstractsessie Nederlandse Vereniging voor Hepatologie		
14.30 - 16.00	Symposium Sectie Gastrointestinale Endoscopie (How do I do it)	Symposium NVMDL: cie. Digitalisering	Aansluitend: ALV Nederlandse Vereniging voor Hepatologie	Symposium Crohn en Colitis NL	
16.00 - 16.30	Theepauze expositiehal	Theepauze expositiehal	Theepauze expositiehal	Theepauze expositiehal	Theepauze expositiehal
16.30 - 18.30	Symposium Werkgroep Ischemie: Onbegrepen buikpijn	NVMDL Symposium: Less is more	NVH Symposium: Non-cirrotische portale hypertensie		
18.30 - 19.30	Informele afsluiting in expositiehal		MDL fonds, informatie bijeenkomst NWO call		
19.30 - 22.00	Diner in Beneluxhal				
22.00 - 00.00	Gelegenheid tot netwerken				

DONDERDAG 10 SEPTEMBER 2026

Donderdag	Brabantzaal	Auditorium	Baroniezaal	Parkzaal	Zaal 80/81
08.00 - 09.00					ALV Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen
09.00 - 10.30	Ochtendprogramma V&VN MDL algemeen (aanvang 08.45 uur)	Symposium Sectie Inflammatoire Darmziekten	Collegetour NVMDL i.o.	Symposium NVMDL: cie. Kwaliteit	
10.30 - 11.00	Ochtendprogramma V&VN MDL algemeen	Koffiepauze expositiehal	Koffiepauze expositiehal	Koffiepauze expositiehal	Koffiepauze expositiehal
11.00 - 12.30	Vervolg ochtendprogramma V&VN MDL algemeen	Symposium Sectie Inflammatoire Darmziekten: Pro en Con	Gecombineerde abstractsessie	Symposium Sectie Neurogastroenterologie en Motiliteit en Werkgroep Voeding	Symposium PhD netwerk
12.30 - 13.30	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal
Tijdens lunchpauze	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer	Gemodereerde postersessies in Meierij Foyer
13.30 - 14.30	Symposium Werkgroep Voeding	Abstractsessie HPB		Middagprogramma V&VN MDL	
14.30 - 15.30	Symposium MDL fonds	Videosymposium Sectie Gastrointestinale Endoscopie			

ALV

V&VN MDL

SYMPOSIUM

ABSTRACTSESSIE

Validated early detection metrics reduce the population requiring liver fibrosis screening

Laurens A van Kleef 1, Jesse Pustjens 2, Carolin V Schneider 3, Guillem Pera 4, Pere Toran 4, Maurice Michel 5, Kai M Schneider 3, Adriaan G Holleboom 6, Manuel Castro Cabezas 7, Maarten E Tushuizen 8, Harry L A Janssen 9, Jörn M Schattenberg 5, Pere Gines 10, Sven M Francque 11, Zobair M Younossi 12, Aleksander Krag 13, Willem Pieter Brouwer 2
PMID: 42297049 DOI: 10.1053/j.gastro.2026.06.003

Achtergrond

De prevalentie van steatotische leverziekte stijgt wereldwijd, wat leidt tot een groeiende populatie met leverfibrose. Vroege detectie, van met name deze fibrose, is cruciaal om progressie naar cirrose en levergerelateerde complicaties te voorkomen. Huidige internationale richtlijnen, zoals die van de EASL, schieten in de praktijk hun doel voorbij door een te brede screeningpopulatie aan te wijzen. Wanneer we de huidige screeningscriteria toepassen op de algemene bevolking, komt tot wel 60-76% van de volwassenen in aanmerking voor fibrosescreening. Dit is onwerkbaar en zorgt voor onhoudbare druk op de zorginfrastructuur, terwijl de daadwerkelijke kans op leverfibrose binnen deze grote groep betrekkelijk laag is. In deze studie ontwikkelen we nieuwe screeningsindicatoren om de vroegtijdige detectie van fibrose doelgerichter te maken en de zorglast te verminderen.

Methode

Voor de ontwikkeling van de nieuwe criteria voor screening maakten we gebruik van de NHANES-database (2017-2020), waarin we 5.904 voor de Amerikaanse bevolking representatieve volwassen deelnemers includeerden met een BMI ≥ 18.5 kg/m² zonder excessief alcoholgebruik. In plaats van individuele screeningindicatoren los te beoordelen, hanteerden we een strategie waarbij meerdere metabole risicofactoren gelijktijdig werden meegenomen in de risicostratificatie. Geïnspireerd door het cardiovasculaire risicomangement in de huisartsensetting hebben we een soortgelijke tabel voor leverfibroserisico ontwikkeld (Figuur 1). We definieerden de indicatie voor screening wanneer het geschatte risico op een verhoogde leverstijfheid (≥ 8 kPa) ten minste 10% bedroeg. Deze aangescherpte criteria werden vervolgens extern gevalideerd binnen een gepoolde populatie van 13.295 deelnemers uit diverse grote algemene populatiecohorten (waaronder de Rotterdam Studie) en gekoppeld aan 10-jaars levergerelateerde uitkomsten in 282.852 deelnemers van de UK Biobank.

Bevindingen

De resultaten laten zien dat onze nieuwe criteria fibrose screening aanzienlijk kunnen verbeteren. Waar de huidige richtlijnen 60% tot 76% van de populatie als screeningskandidaat bestempelen, reduceert onze nieuwe strategie dit aandeel tot 22% in de Amerikaanse populatie en zelfs tot 10% in de Europese cohorten.

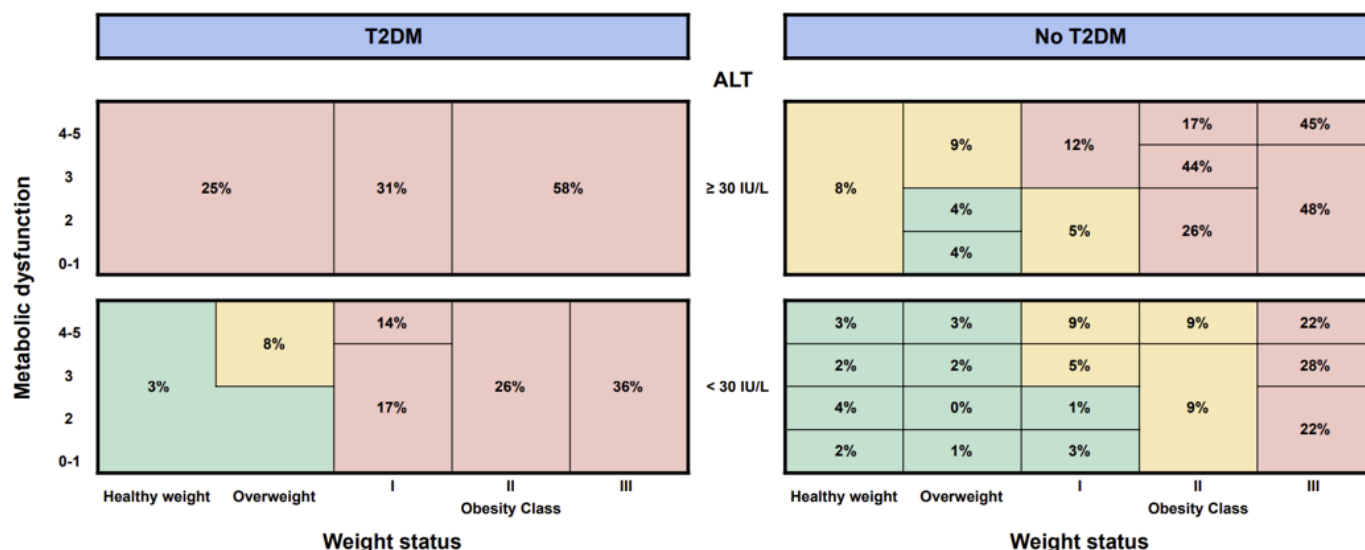
Deze forse reductie van de doelgroep blijkt bovendien veilig. De prevalentie van leverstijfheid ≥ 12 kPa (suggestief voor gevorderde fibrose) onder de personen die volgens onze criteria niet meer gescreend hoeven te worden, was slechts 1%. Daarentegen steeg het risico in de nu aangemerkte screeningsgroep aanzienlijk: binnen de geselecteerde populatie had maar liefst 13-16% een LSM ≥ 12 kPa, in vergelijking met slechts $\pm 4\%$ bij het hanteren van de huidige richtlijnen.

Tot slot onderstrepen de langetermijndata uit de UK Biobank de klinische waarde van deze selectie. Deelnemers die aan onze verfijnde criteria voldeden, hadden een circa 6-voudig verhoogd 10-jaarsrisico op het ontwikkelen van levercirrose (0,99% vs. 0,18%) en levergerelateerde mortaliteit (0,40% vs. 0,07%). Dit resterende 10-jaars risico in de groep die niet meer in aanmerking komt voor screening, is vergelijkbaar met het risico dat mensen hebben met een lage FIB-4 (de vervolgttest conform de huidige richtlijnen om fibrose uit te sluiten).

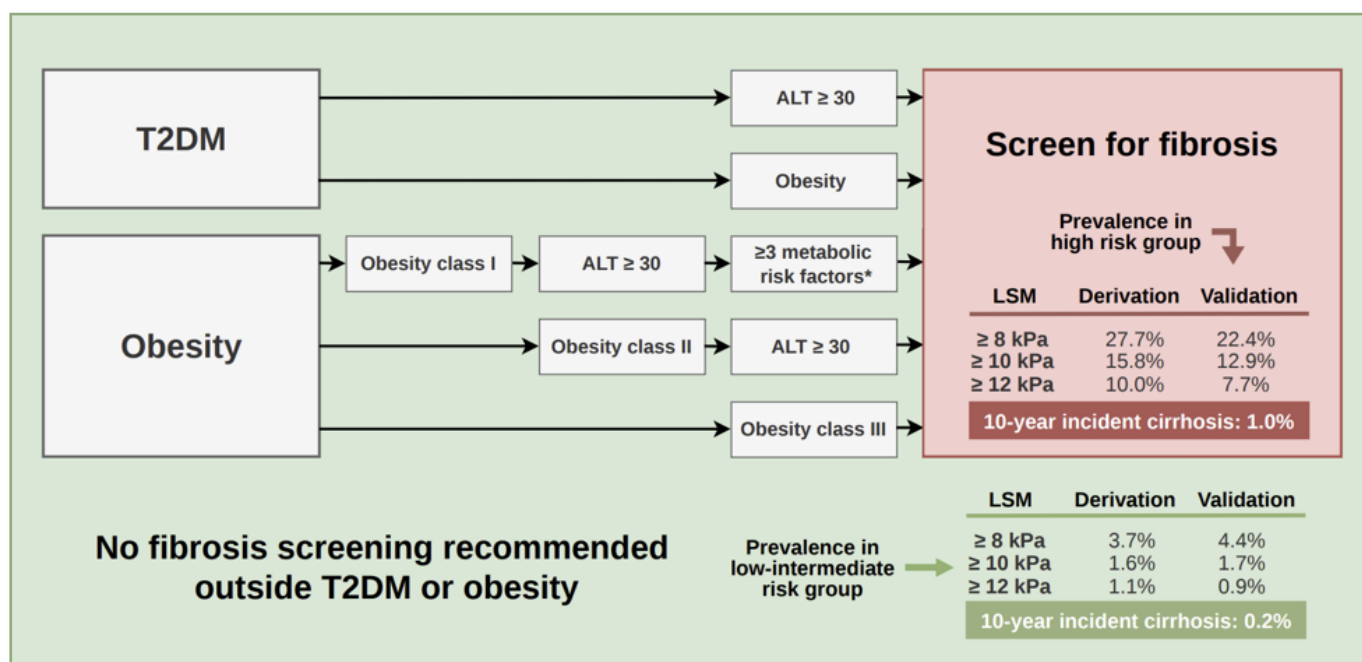
Conclusies en implicaties voor de toekomst

Door bij vroegtijdige detectie van leverfibrose over te stappen van individuele risicofactoren naar een meer holistische risicostratificatie (Figuur 2), waarbij meerdere factoren gelijktijdig in acht worden genomen, wordt vroegtijdige detectie van leverziekte aanzienlijk haalbaarder.

Voor de klinische praktijk betekent dit dat we de zorgcapaciteit en vervolgtesten veel gericht kunnen inzetten voor de mensen die daadwerkelijk het hoogste risico lopen op progressieve leverziekte, terwijl we laagrisicopatiënten niet oproepen voor onnodige diagnostiek en onrust. Deze data bieden duidelijk inzicht voor de doorontwikkeling van toekomstige richtlijnen gericht op vroegtijdige detectie van leverfibrose, waarbij veiligheid en doelmatigheid centraal staat.



Figuur 1. De prevalentie van leverstijfheid ≥ 8 kPa voor elk mogelijke subgroep op basis van stratificatie voor type 2 diabetes mellitus, gewicht, ALT en hoeveelheid metabole risicofactoren (hypertensie, (pre)diabetes, hypercholesterolemie, hypo-HDL, (abdominale) obesitas).



Figuur 2. Het algoritme voor vroegtijdige detectie van leverfibrose omgezet naar een flowchart met bijhorende prevalenties en incidenties van leverziekte in zowel het derivatie (NHANES 2017-2020) als validatie cohort (NHANES 2021-2023, Rotterdam Study, Barcelona Cohort, UK Biobank).

Opportunities to reduce the environmental impact of endoscopy: a detailed material flow analysis of diagnostic colonoscopy

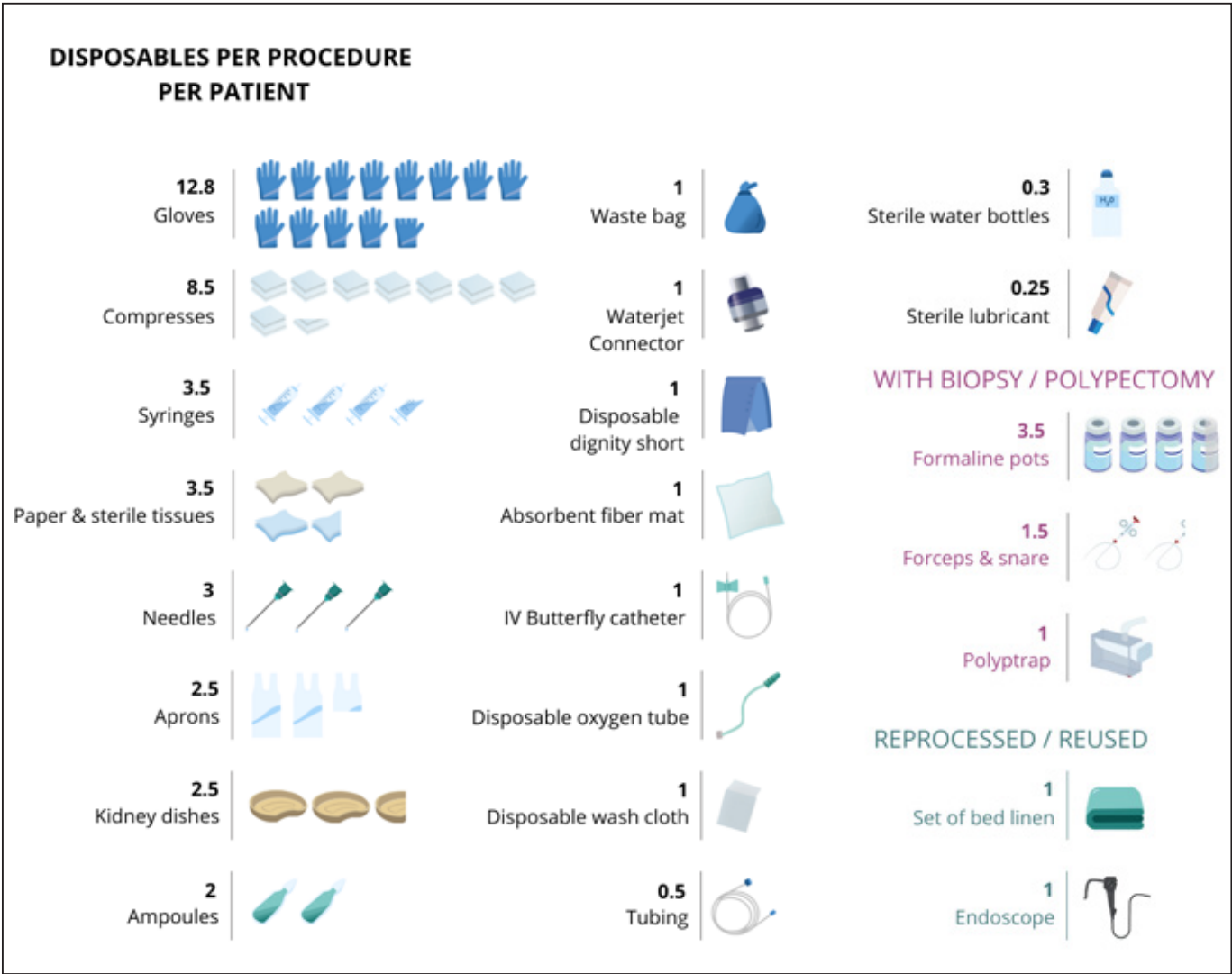
Ceyda B. Izci , Maria Sofia Clercx Lao, Britta Vegting, Peter D. Siersema, Maïke V. Tietschert, Nicole G.M. Hunfeld, Jan-Carel Diehl, Pieter Jan F. de Jonge.

Achtergrond

De Nederlandse gezondheidszorg is verantwoordelijk voor ongeveer 7% van de totale nationale CO₂-uitstoot, produceert 4% van het totale afval en gebruikt 13% van de grondstoffen [1]. Binnen ziekenhuizen worden endoscopieafdelingen geïdentificeerd als de op twee na grootste bijdrager aan de milieubelasting van ziekenhuizen [2]. De belangrijk-

ste oorzaken hiervan zijn het grote aantal endoscopische procedures, het intensieve reinigingsproces dat nodig is om endoscopen opnieuw te kunnen gebruiken, het omvangrijke gebruik van single-use producten, en de reisbeweging van patiënten.

In 2024 werden in Nederland ongeveer 159.000 colonoscopie procedures uitgevoerd [3]. Door de hoge frequentie van deze procedures vormt de colonoscopie procedure een belangrijke bron van afval binnen de endoscopieafdeling. Eerdere studies hebben verschillende methodologische



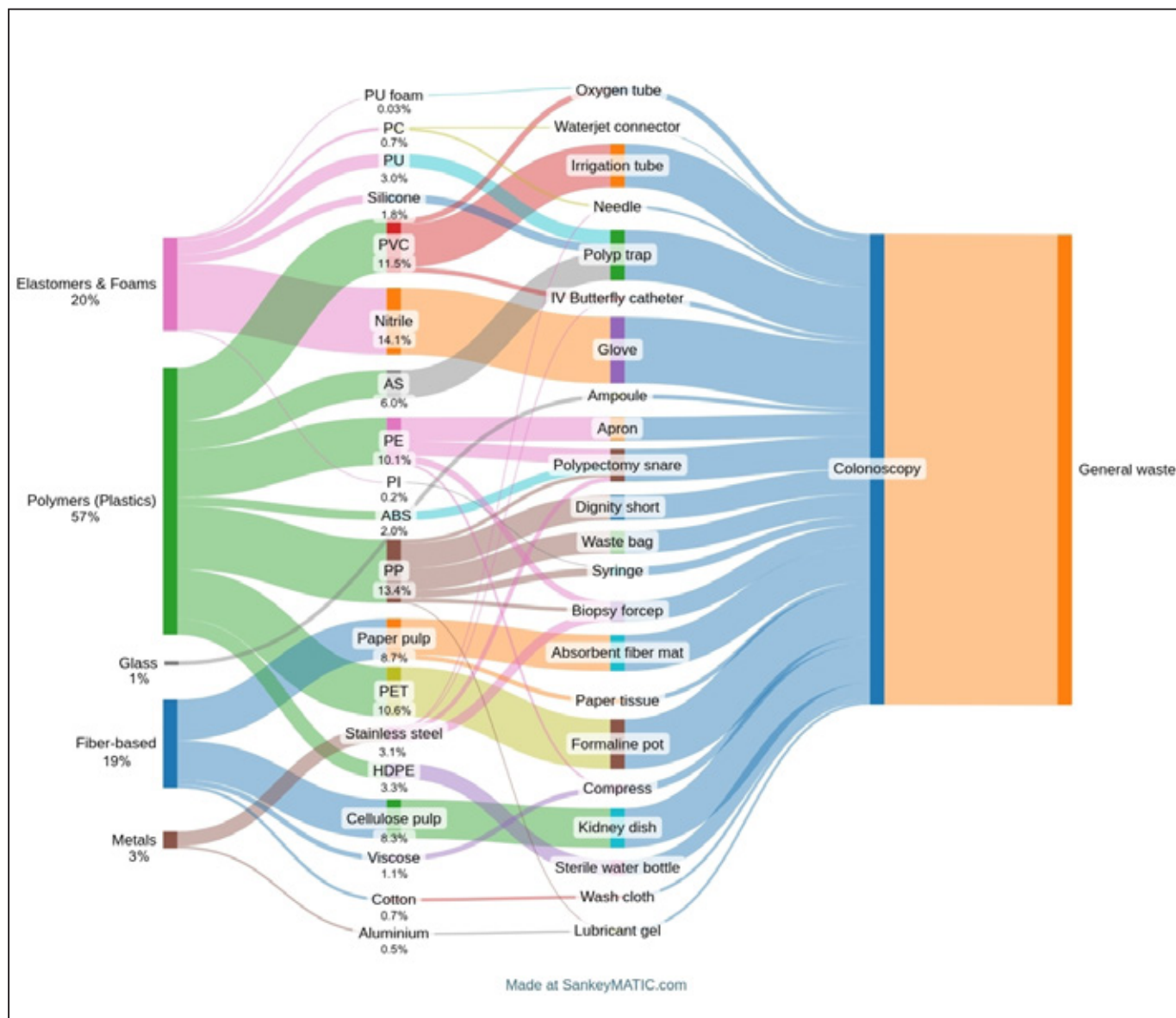
Figuur 1. Gemiddeld gebruik van single-use producten per colonoscopie procedure.

benaderingen gebruikt om de hoeveelheid afval die ontstaat bij colonoscopie- en EGD-procedures in te schatten, wat heeft geleid tot uiteenlopende resultaten, van 1.5 tot 3.1 kg per procedure [4] [5]. De huidige studies geven echter geen gedetailleerd overzicht van de soorten afval die ontstaat bij een colonoscopie procedure, noch van de materiaalsamenstelling daarvan. Bovendien heeft geen van deze studies onderzocht in welke specifieke fasen van de procedure het afval ontstaat, alhoewel dit inzicht essentieel is voor het ontwikkelen van interventies die de milieubelasting van de endoscopieafdeling kunnen verminderen. Om deze drie parameters overzichtelijk te maken werd in deze studie een materiaalstroomanalyse uitgevoerd.

Methoden

Deze studie werd uitgevoerd op de endoscopieafdeling van het Erasmus MC in Rotterdam. Gedurende één week werd het afval afkomstig van diagnostische colonoscopie procedures systematisch verzameld, gewogen en geanalyseerd. Van ieder gebruikt product werd de materiaalsamenstelling bepaald aan de hand van technische datasheets.

Daarnaast werd voor elk materiaal de geschatte CO₂-equivalent berekend op basis van emissiefactoren uit de Ecoinvent-database [6]. Ten slotte werd via observaties en input van verpleegkundigen een visuele proceskaart gemaakt om inzichtelijk te maken in welke fase van de colonoscopie procedure bepaalde producten worden gebruikt en weggegooid.



Figuur 2. Materiaalstroomanalyse van de colonoscopie procedure.

Bevindingen

In totaal werden 15 diagnostische colonoscopie procedures geanalyseerd. Gemiddeld ontstond per procedure 0,58 kg afval. Geëxtrapoleerd naar de 2016 diagnostische colonoscopie procedures die in 2024 in het Erasmus MC werden uitgevoerd, komt dit neer op circa 1169 kg afval per jaar. Per procedure werden gemiddeld 46 producten gebruikt en weggegooid. De handschoenen vormden hierbij veruit het meest gebruikte product, gevolgd door kompressen en spuiten (Figuur 1). Op jaarbasis resulteert dit in een totaal-verbruik van 92.700 single-use producten. Op materiaalniveau bestond 57% van het totale product-gewicht uit plastic (Figuur 2). Nitril was het meest voorkomen-de materiaal (14.1%), dit wordt gebruikt voor de productie van handschoenen. De totale geschatte klimaatimpact van de geanalyseerde afvalmaterialen bedroeg 1,77 kg CO₂e per procedure. Nitril en polypropyleen leverden hieraan de grootste bijdrage. De visuele proceskaart liet zien dat het grootste deel van het afval ontstaat tijdens de voorberei-dingsfase van de colonoscopie procedure (Figuur 3).

Conclusie

De resultaten laten zien dat single-use producten op basis van plastic de grootste bijdrage leveren aan het totale afval gewicht van het afval afkomstig van diagnostische colonos-copieën. Deze bevindingen bieden inzichten voor het ontwik-kelen van gerichte interventies om de milieu-impact van colonoscopie te verminderen, bijvoorbeeld door duurzamere materialen te overwegen, zoals fiber-based materialen.

Daarnaast maakt de visuele proceskaart afvalvorming in-zichtelijk waar de hot spots voor afvalproductie bevinden en ondersteunt daarmee een gezamenlijke aanpak om duur-zame interventies te introduceren die de milieu-impact van colonoscopie kunnen verminderen.

Referenties

1. Steenmeijer MA, Rodrigues JFD, Zijp MC et al. The environmental impact of the Dutch health-care sector beyond climate change: an input–output analysis. Lancet Planet Health 2022; 6: e949–e957 doi:10.1016/S2542-5196(22)00244-3

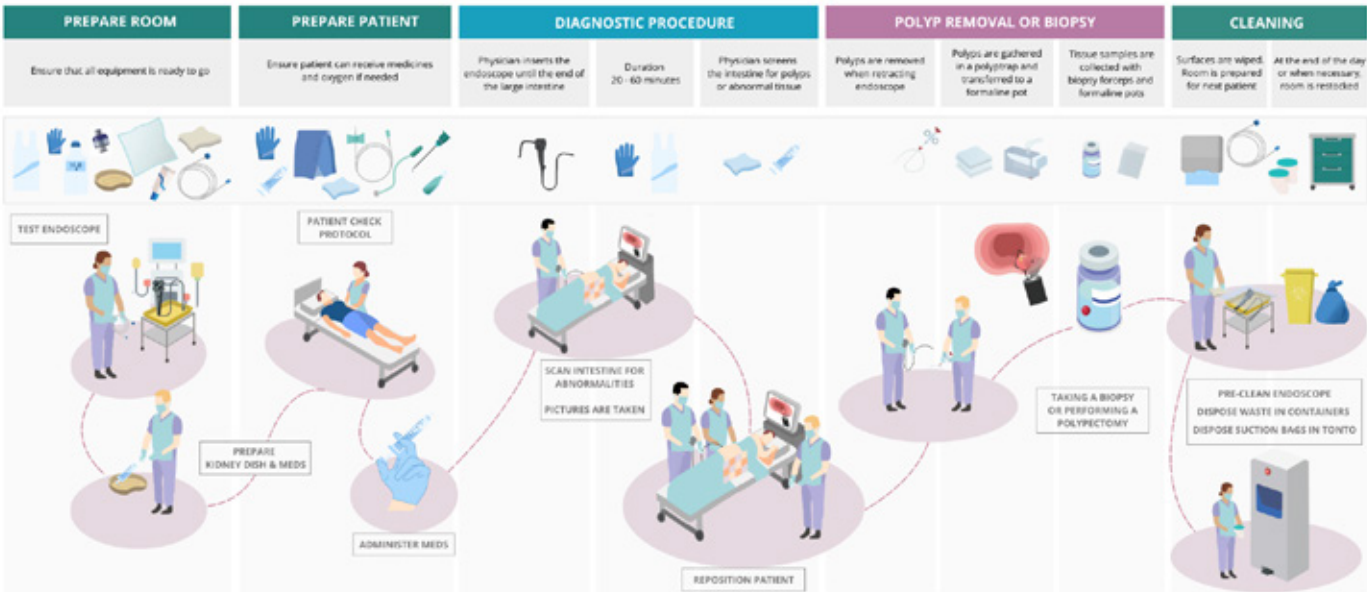
2. Siau K, Hayee BH, Gayam S. Endoscopy's current carbon footprint. Techn Innov Gastrointest Endosc 2021; 23: 344–352

3. Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA). Accessed May 22, 2025: <https://www.dica.nl>

4. Lacroute J, Marcantoni J, Petitot S et al. The carbon foot-print of am bulatory gastrointestinal endoscopy. Endos-copy 2023; 55: 918–926 doi:10.1055/a-2088-4062

5. Desai M, Campbell C, Perisetti A et al. The environmen-tal impact of gastrointestinal procedures: a prospective study of waste generation, energy consumption, and auditing in an endoscopy unit. Gastroente rology 2024; 166: 496–502.e3

6. Ecoinvent Association. Ecoinvent database v3.10. Accessed May 22, 2025: <https://www.ecoinvent.org>



Figuur 3. Visuele proceskaart van de producten die in elke fase van de colonoscopie procedure worden gebruikt en weggegooid.

The value of routine endoscopic ultrasound in patients with esophageal cancer undergoing active surveillance after neoadjuvant chemoradiotherapy

Sanjiv S G Gangaram Panday 1, Matteo Pittacolo 1 2, Sjoerd M Lagarde 1, Bianca Mostert 3, Judith Honing 4, J Jan B van Lanschot 1, Tanya M Bisseling 5, Erik J Schoon 6, Jolanda M van Dieren 7, Rutger Quispel 8, Liekele E Oostenbrug 9, Andries van der Linden 10, Sietske Corporaal 11, Lieke Hol 12, Eva Kouw 13, Jurjen J Boonstra 14, Wouter L Hazen 15, Erik Vegt 16, Manon C W Spaander 4, Bas P L Wijnhoven 1; SANO Study Group*

Affiliations Expand PMID: 41422800 PMCID: PMC13305576 DOI: 10.1055/a-2776-5896

Active surveillance after neoadjuvant chemoradiotherapy (nCRT) is increasingly used as an alternative to immediate esophagectomy in patients with esophageal cancer who achieve a clinically complete response (cCR). Accurate detection of locoregional regrowth remains essential for delayed surgery to be curative. In the SANO trial, surveillance includes repeated esophagogastroduodenoscopy (EGD) with bite-on-bite biopsies, endoscopic ultrasound (EUS) with fine-needle aspiration (FNA) of suspicious lymph nodes, and 18F-FDG PET-CT. However, the incremental diagnostic value of routine EUS-FNA in this setting remains uncertain. We therefore evaluated the additional yield of EUS-FNA for detecting regional lymph node metastases missed by PET-CT after nCRT.

A retrospective multicenter analysis was performed in patients with esophageal cancer who underwent nCRT followed by clinical response evaluations consisting of EGD, EUS-FNA, and PET-CT. Initial response assessment (CRE-2) was performed approximately 3 months after nCRT. Patients without evidence of residual disease entered an active surveillance program with repeated evaluations between 6 and 60 months after treatment. The primary endpoint was the proportion of positive lymph nodes detected by EUS-FNA that were not identified on PET-CT.

A total of 450 patients underwent combined PET-CT and EUS-FNA at CRE-2. Among the 198 patients who entered active surveillance, 179 underwent 782 additional combined assessments, resulting in 1,232 paired PET-CT/EUS evaluations overall. After excluding assessments in which EGD had already demonstrated local regrowth and/or PET-CT had identified distant metastases, 1,019 procedures remained for analysis, including 328 at CRE-2 and 691 during active surveillance. Overall, EUS-FNA detected tumor-positive lymph nodes in 20 of 1,019 procedures (2.0%). In eight procedures (0.8%), these lymph node metastases were not identified by PET-CT. At CRE-2, EUS-FNA detected positive lymph nodes in 13 of 328 procedures (4.0%), including seven PET-negative cases (2.1%). During active surveillance, EUS-FNA identified positive lymph nodes in only 7 of 691 procedures (1.0%), while PET-CT missed only one nodal recurrence (0.1% of procedures; 0.5% of patients undergoing active surveillance).

Locoregional regrowth was detected in 114 patients at CRE-

2 and in 100 of 198 patients (50.5%) during active surveillance after a median follow-up of 54 months. EGD with bite-on-bite biopsies accounted for the majority of detections, identifying 101 of 114 regrowths (89%) at CRE-2 and 87 of 100 regrowths (87%) during active surveillance. During surveillance, only one patient with local regrowth was identified by EUS-FNA, while PET-CT demonstrated FDG uptake at the primary tumor site. EUS-FNA additionally detected six patients with lymph node metastases during surveillance, of whom five had PET-positive lymph nodes and one had an isolated PET-negative nodal recurrence. A hypothetical PET-guided strategy restricting EUS-FNA to patients with PET-suspicious regional lymph nodes would have reduced the number of EUS procedures during active surveillance by 97.4%, while missing one patient with regional nodal regrowth. During the first three years of surveillance, such an approach would have avoided 704 EUS procedures.

These findings demonstrate that the diagnostic yield of routine EUS-FNA is highest at CRE-2, when the prevalence of residual locoregional disease remains substantial. Beyond 3 months after nCRT, the incremental value of routine EUS-FNA decreases markedly, with only a single PET-negative lymph node metastasis identified during active surveillance. Most locoregional regrowths were detected by EGD with bite-on-bite biopsies, whereas PET-CT identified the majority of nodal and distant recurrences. Restricting EUS-FNA to PET-suspicious lymph nodes during active surveillance could substantially reduce invasive procedures, endoscopy workload, and healthcare costs while maintaining a high diagnostic yield for clinically relevant recurrence.

De appel valt niet ...

... ver van de Maag, Darm en Leverboom.

De opleidingsrichting van de ouders bepaalt voor een belangrijk deel de opleidingsrichting van hun kinderen (bron CBS). Overerving van de opleidingskeuze bestaat binnen veel sectoren en ook zeker binnen het ziekenhuis.

Binnen onze beroepsvereniging zijn talloze voorbeelden van directe overerving van het MDL-gen. En dit terwijl het veld waarin de MDL-arts, GE-chirurg of wetenschapper zich begeeft snel verandert. Is de passie voor het vak er met de paplepel in gegoten? Wat waren de overwegingen om voor het vak te kiezen? Is het vak van de huidige generatie eigenlijk nog wel te vergelijken met dat van de vorige generatie?

Vader:

- Naam: Laurens van der Waaij
- Geboortedatum: 16-01-1965
- Beroep: MDL-arts
- Nu werkzaam in: *Martini ziekenhuis, Groningen*

Dochter:

- Naam: Anne van der Waaij
- Geboortedatum: 01-05-1994
- Beroep: AIOS MDL
- Nu werkzaam in: *Isala ziekenhuis, Zwolle*

Wanneer ging je voor het eerst mee naar het werk van je vader?

Anne: Toen ik op de middelbare school zat, ging ik voor het eerst met mijn vader mee naar zijn werk om me te oriënteren op mijn studiekeuze. Later ben ik tijdens mijn promotie en mijn ANIOS-baan ook nog een aantal keer met hem mee geweest.

Wanneer werd duidelijk dat dochter misschien wel eens het vak van vader achterna zou gaan?

Laurens: Anne was eerst nog wat zoekende naar welk vakgebied ze het leukst vond en is zich aan het einde van haar studie gaan oriënteren. Dat ze mij misschien achterna zou gaan, werd voor het eerst duidelijk toen ze vertelde dat ze onderzoek wilde gaan doen binnen de MDL en vroeg of ik een geschikte onderzoeksgroep wist. Ik heb haar toen een onderzoeksgroep aangeraden, waarna ze contact met hen heeft opgenomen.



Anne: Tijdens mijn promotie merkte ik dat ik onderzoek ontzettend leuk vond. Daarna ben ik als ANIOS gaan werken en wist ik zeker dat de MDL iets voor mij was.

Waarom heb je hetzelfde vak als je vader gekozen?

Anne: Allereerst omdat ik de combinatie van praktisch en theoretisch bezig zijn ontzettend leuk vind, de patiëntengroep (van jong tot oud) mij aanspreekt en ik de diversiteit aan ziektebeelden erg interessant vind. Ik voelde me vanaf het begin helemaal thuis binnen de MDL. De fijne collega's, met wie ik direct een klik had, maakten het werk extra leuk. Bovendien vind ik het heel inspirerend om te zien dat mijn vader zijn vak na zijn zestigste nog steeds met zoveel plezier uitoefent. Hij laat zien dat je je werk uitdagend en vernieuwend kunt houden door nieuwe inzichten van congressen of uit de literatuur toe te passen, maar ook door zelf met ideeën te komen en die in je dagelijkse werk te implementeren.

Ooit vader in praktijk gezien?

Anne: Zeker! Ik heb een aantal keer met hem meegelopen, zowel op de poli als tijdens een scopieprogramma. Het was erg leuk om hem ook in die rol te zien. Ik mocht zelfs een

DE APPEL VALT NIET...

tijdje de scoop vasthouden en tijdens een coloscopie al een paar bochten maken. Toen wist ik zeker dat ik scopiëren ook heel leuk zou vinden. Ook heb ik hem tijdens de DDD een presentatie zien geven. Het was leuk om te zien waar hij mee bezig is en hoeveel interesse er was voor zijn verhaal.

Zelfde regio gaan werken of juist niet?

Laurens: Ik vind dat ik in een hele leuke regio werk en ik gun het haar van harte om hier ook te werken. Als ik met pensioen ga is Anne waarschijnlijk net klaar met haar opleiding, dus wie weet.... 😊

Anne: we werken nu ook in dezelfde regio, maar in een ander ziekenhuis. Dat is tot nu toe alleen maar heel erg leuk.

Was er een bepaalde verwachting/druk vanuit thuis?

Anne: Nee helemaal niet. Ik mocht helemaal zelf beslissen wat ik wou gaan doen. Natuurlijk is het wel heel inspirerend als je vader zijn vak zo ontzettend leuk vindt. Dat neem je onbewust natuurlijk wel mee in je keuze.

Zou je je eigen kind ook motiveren om arts te worden?

Waarom wel/niet

Anne: Zeker weten! Het is zo'n bijzonder en mooi vak.

Welke lessen van je vader zijn je bijgebleven bij het kiezen van je carrièrepad binnen de MDL?

Anne: Dat het allerbelangrijkste is om iets te doen wat je leuk vindt. Ook dat je je klinisch werk goed kunt combineren met onderzoek en/of bestuurlijke taken, en dat dit je klinische werk juist nog leuker maakt.

Welk advies zou je als vader je dochter willen meegeven?

Laurens: Volg je hart, kies wat je leuk vindt. Blijf altijd respectvol omgaan met je patiënten. Probeer wat je leert ook ergens op te schrijven, zodat je het later kunt terugvinden en er je hele leven plezier van hebt. Blijf streven naar vernieuwing, ook soms tegen de stroom in.

Welk advies geef jij je vader mee?

Anne: Ga vooral door zoals je al doet!

PIANO – precisiegebruik van antibiotica bij (geïnfekteerde) necrotiserende pancreatitis

Aanleiding

Patiënten met acute necrotiserende pancreatitis hebben een aanzienlijk risico op secundaire infecties. Geïnfekteerde necrose gaat gepaard met langdurige opnames, ingrijpende interventies en een mortaliteit van circa 15%. De behandeling steunt op twee pijlers: antimicrobiële therapie en drainages. Waar de afgelopen jaren grote stappen zijn gezet in het optimaliseren van drainagestrategieën, is de andere pijler grotendeels onveranderd gebleven. Er ontbreekt prospectief bewijs voor de optimale antibiotische behandeling met als gevolg grote praktijkvariatie in de indicatiestelling, keuze van middel en behandelduur. Onnodig of onjuist antibiotica-gebruik is niet vrijblijvend: het draagt bij aan resistentievorming, kan de latere behandeling van de patiënt bemoeilijken, en ondermijnt de *antimicrobial stewardship* die nodig is om antibiotica ook op de lange termijn effectief te houden.

Dit is de directe aanleiding voor de PIANO trial. Samen met experts in ernstige pancreatitis en infectieziekten is, op basis van het best mogelijke wetenschappelijke bewijs, een best-practice protocol ontwikkeld. Het doel is antibiotica gericht en verantwoord in te zetten, zonder in te leveren op veiligheid of effectiviteit. PIANO is een cluster-gerandomiseerde trial: ziekenhuizen zijn gerandomiseerd naar implementatie van dit protocol óf het voortzetten van de lokale standaardzorg.

De toekomst: waar PIANO antwoord op geeft

Bij de behandeling van necrotiserende pancreatitis bestaan nog een aantal klinische vragen waar PIANO straks meer duidelijkheid over kan geven. Het PIANO-protocol adresseert deze niet los van elkaar, maar als samenhangend pakket. De belangrijkste bouwstenen:

1. **Starten met antibiotica of niet?** Het onderscheid tussen de steriele systemische ontstekingsreactie (SIRS) die inherent is aan de pancreatitis, en een daadwerkelijke infectie blijft lastig te maken. Vooral in de vroege fase wordt veel antibiotica gegeven voor geïnfekteerde necrose en andere vermeende infecties. Het protocol biedt een diagnostische flowchart met voorwaarden voor het starten, die de beslissing minder afhankelijk maakt van individuele inschatting.
2. **Welk empirisch beleid is gerechtvaardigd?** Breed dekken om niets te missen, of gericht om resistentie te voorkomen? Het protocol geeft een aantal concrete aanbevelingen.

3. **Hoe lang behandelen?** Necrotiserende pancreatitis staat bekend om zijn grillige verloop: nieuwe koorts episodes, herhaalde drainages, wisselend infectiefocus. Stoppen gebeurt dan op basis van lokale gewoontes, zoals direct stoppen na de eerste drainage, of juist doorbehandelen tot patiënt of dokter zich er beter bij voelt. Het protocol geeft aanbevelingen over de behandelduur voor verschillende klinische situaties.

Mijlpalen

In 2024 zijn we gestart in 33 Nederlandse ziekenhuizen. Sindsdien is het protocol geïmplementeerd in de interventiecentra: o.a. door scholing en het aanbieden van een handige webapp met het protocol. Draagvlak creëren voor een nieuwe werkwijze kan lastig zijn, maar is essentieel voor een eerlijke vergelijking met de controlecentra.

Dankzij de inzet van alle deelnemende centra binnen de Pancreatitis Werkgroep Nederland (PWN) zijn nu 210 van de benodigde 288 patiënten (73%) met acute necrotiserende pancreatitis geïncludeerd, een tempo waar we trots op zijn. Maar de laatste loodjes wegen het zwaarst en er moeten nog circa 80 patiënten worden geïncludeerd.

Wat kunt u doen om te helpen

We hopen eind 2027 de eerste resultaten te kunnen presenteren. Tot die tijd blijven we afhankelijk van de inzet van alle deelnemende centra en inzet van uw allen. We kunnen uw hulp dus goed gebruiken:

1. **Werkt u in één van de 33 PIANO ziekenhuizen:** Elke patiënt met necrotiserende pancreatitis kan worden geïncludeerd! Informed consent is alleen voor data registratie en drie vragenlijsten, dus dat is beperkte moeite.
2. **Werkt u in een centrum geloot voor de interventie-arm:** Gebruik de webapp (pianostudie.nl) om beleid te maken als u denkt aan een infectie, handig voor iedere zaalarts (en supervisor). Het mag gebruikt worden voor elke pancreatitis (ook vóór consent of aangetoonde necrose). Bel de studievoordinator als u geen inlogcode heeft.
3. **Werkt u in een controle ziekenhuis?** Dan behandelt u de patiënt zoals u gewend bent. Includeer de patiënt wel direct zodra de necrose is vastgesteld.

Als PIANO uitwijst dat gericht antibioticagebruik inderdaad veilig en effectief is, dan kan dit direct bijdragen aan een betere zorg voor patiënten met acute pancreatitis in heel Nederland en daarbuiten!

Vragen of meer weten? Zie www.pancreatitis.nl/piano of mail naar piano@amsterdamumc.nl

TERUGBLIK PHD SUMMERSCHOOL

Terugblik PhD SummerSchool

Afgelopen 5 juni vond de tweejaarlijkse NVGE Summer School plaats in Utrecht. Tijdens deze inspirerende dag kwamen promovendi uit het hele land samen voor een interactief en gevarieerd programma. Aranka van Wesemael (Promovendi Netwerk Nederland) gaf inzicht in de rechten en plichten van promovendi, Michael Glennon (Docent Science Communication LUMC) deelde praktische tips voor het geven van een overtuigende pitch en Job van Woensel (Arts in Balans) liet zien hoe je als arts en onderzoeker kunt werken aan mentale veerkracht en een gezonde balans. Daarnaast verzorgde Sylvester Bruls-Groen (MDL-arts MUMC+) een interactieve workshop over solliciteren en het voorbereiden

op een volgende carrièrestap. Naast deze interessante en leerzame sessies was er volop ruimte om ervaringen uit te wisselen en nieuwe contacten te leggen. We kijken terug op een zeer geslaagde en waardevolle dag!



MDL FONDS

MDL Fonds



Doe mee aan de Buik Klassieker 2026

Op zaterdag 12 september vindt de 16e editie van de Buik Klassieker plaats op een prachtige locatie bij Kasteel Groeneveld in Baarn. Tijdens dit sportieve evenement van MDL Fonds komen deelnemers in actie voor onderzoek naar maag-, darm- en leverziekten.

Graag nodigen we je uit om mee te doen. Met de Buik Klassieker brengen we mensen in beweging om samen bij te dragen aan betere behandelingen en meer perspectief voor MDL-patiënten.

Kom in actie

Je kunt kiezen uit verschillende sportieve onderdelen: fietsen, wandelen of hardlopen. Voor extra uitdaging kun je voor

het eerst dit jaar ook de halve marathon hardlopen of kiezen voor de mountainbikeroute van 40 km.

Pelotons en impact

Bij de Buik Klassieker werken we met pelotons. De patiëntenorganisaties Crohn & Colitis NL, NCV, Stichting Darmkanaker, de Stomavereniging, PDSB en de NLV hebben elk een eigen peloton. Daar kan je je bij aansluiten.

Wil jij je breed inzetten voor het veld, sluit je dan aan bij het MDL Fonds peloton.

Binnen ieder peloton is het mogelijk om een eigen team te vormen.

Meld je aan en kom in actie. We zien je graag op zaterdag 12 september in Baarn.

R1 endoscopische resectie: meteen opereren of regelmatig controleren?

Bos V., Albert S.J., Pouw R.E.

Met de PREFERENCE-studie, mogelijk gemaakt door een Right on Time subsidie van het MDL Fonds, wordt een belangrijke klinische vraag onderzocht: kunnen we een deel van de patiënten na een R1-endoscopische resectie van een T1-slokdarmadenocarcinoom veilig vervolgen in plaats van direct opereren?

De afgelopen jaren is de behandeling van vroege slokdarmadenocarcinomen sterk veranderd. Door onder andere de resultaten uit de PREFER-studie (NL-OMON54809, NCT03222635) heeft endoscopische resectie gevolgd

door regelmatige controles bij hoog-risico T1 carcinomen, zich ontwikkeld als voorkeursbehandeling en orgaansparend alternatief voor een slokdarmresectie. Maar wanneer tumorcellen in de snijranden worden gevonden volgt er momenteel meestal nog een aanvullende operatie, omdat wordt aangenomen dat de kans op residuale kanker groot is.

Dit is echter een ingrijpende operatie, met een mortaliteit van 0-4% en een complicatierisico tot 56%. Tegelijkertijd suggereren recente retrospectieve studies dat bij ongeveer de helft van deze patiënten geen resttumor meer aanwezig



is (1). Dat roept de vraag op of we niet een deel van deze patiënten onnodig invasief behandelen.

Van opereren naar regelmatig controleren

De PREFERENCE-studie speelt in op dit klinische dilemma. In deze prospectieve, internationale multicenter studie worden patiënten geïnccludeerd na R1 endoscopische resectie van een T1-slokdarmadenocarcinoom.

Patiënten worden afhankelijk van hun risico op aanvullende niet-endoscopische behandeling ingedeeld in twee groepen:

- Laag-risico: laag-risico T1a carcinomen met enkel R1 laterale marges na en-bloc resectie.
- Hoog-risico: hoog-risico T1 carcinomen met R1 laterale marges na en-bloc resectie en/of R1 verticale marges.

Alle patiënten ondergaan 8 weken na de R1 resectie eerst een gestandaardiseerde baseline restaging met een gastroscopie met bipten van het resectielitteken. De hoog-risicogroep ondergaat aanvullend een EUS en (PET-)CT-scan. Patiënten bij wie geen resttumor of metastasen worden gevonden, ondergaan vervolgens strikte follow-up. Voor de studie zijn minimaal 84 patiënten met een hoog-risico carcinoom en R1 verticale marges nodig die deze follow-up ondergaan.

Hoe ziet het follow-up schema eruit?

Het follow-up schema (figuur 1 en 2) heeft als doel vroege detectie van eventuele recidieven in een nog curatief stadium en is per risicogroep verschillend:

- Laag-risico: gastroscopie elke 3–4 maanden in het eerste jaar, daarna jaarlijks.
- Hoog-risico: gastroscopie + EUS elke 3–4 maanden in de eerste 2 jaar, vervolgens elke 6 maanden in jaar 3 en 4 en een laatste controle in jaar 5. Daarnaast ook jaarlijkse (PET-)CT-scans.

Tijdens iedere scopie in het eerste jaar worden systematisch bipten genomen van het resectielitteken, ook als er macroscopisch geen afwijkingen zichtbaar zijn.

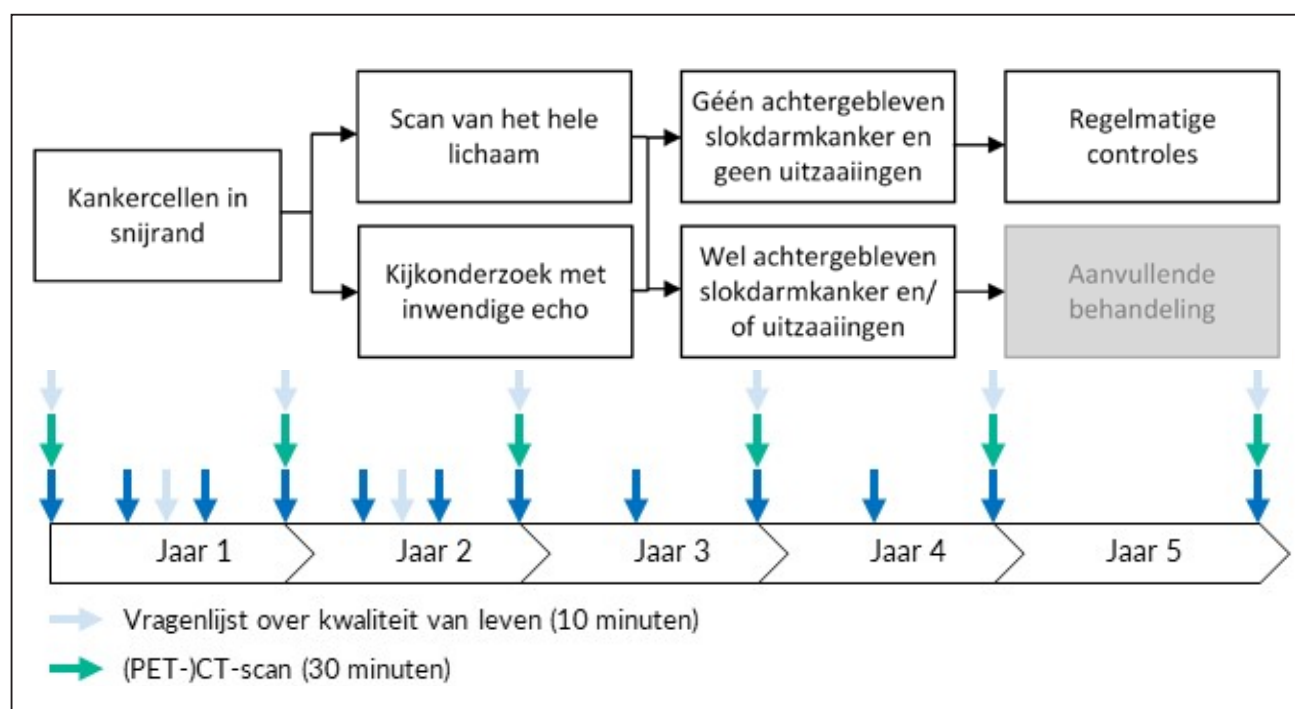
Wanneer tijdens restaging of follow-up toch tumor wordt aangetoond, wordt de patiënt besproken in het MDO en behandeld volgens het daaruit volgende advies.

Welke uitkomsten worden onderzocht?

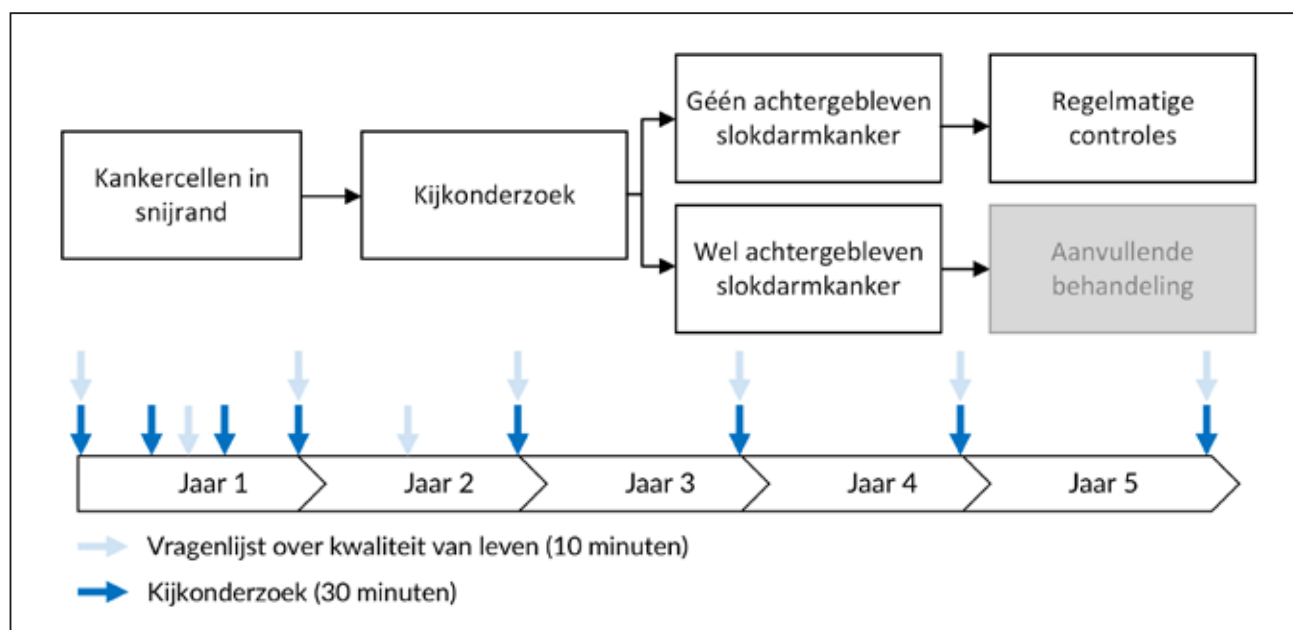
In de PREFERENCE-studie kijken we primair naar de aanwezigheid van resttumor bij de baseline restaging en het optreden van lokale recidieven binnen het eerste jaar van endoscopische follow-up. Daarnaast kijken we naar de recidiefkans binnen 5 jaar, de noodzaak tot niet-endoscopische behandeling, overleving en metastasen. Ook onderzoeken we de kwaliteit van leven om de impact vanuit patiëntperspectief goed in kaart te brengen.

Klinische relevantie

De studie sluit direct aan bij een herkenbaar dilemma in de dagelijkse praktijk. De interpretatie van een R1-resectie is vaak lastig, en de consequenties — direct opereren of afwachten — zijn groot voor de patiënt.



Figuur 1. Stroomschema studieprocedures voor deelnemers met kanker met agressieve kenmerken.



Figuur 2. Stroomschema studieprocedures voor deelnemers met kanker zonder agressieve kenmerken

Met de PREFERENCE-studie willen we deze keuze beter onderbouwen met prospectieve data.

Verwachting

De verwachting is dat met dit intensieve follow-up schema recidieven tijdig kunnen worden opgespoord, op een moment dat nog curatieve behandeling mogelijk is. Als dit wordt bevestigd, kan dat betekenen dat een aanzienlijk deel van de patiënten een slokdarmresectie kan worden bespaard. Daarmee heeft de studie de potentie om de huidige behandelstrategie van R1-resecties aanzienlijk minder invasief te maken.

We willen het MDL Fonds ontzettend bedanken voor hun steun aan deze belangrijke stap naar een meer gepersonaliseerd en patiëntgerichte benadering!

Bronnen

1. van Tilburg L, Verheij EPD, van de Ven SEM, et al. Vertical tumor-positive resection margins and the risk of residual neoplasia after endoscopic resection of Barrett's neoplasia: a nationwide cohort with pathology reassessment. *Endoscopy*. 2024;56(8):559-568. doi:10.1055/a-2272-9794

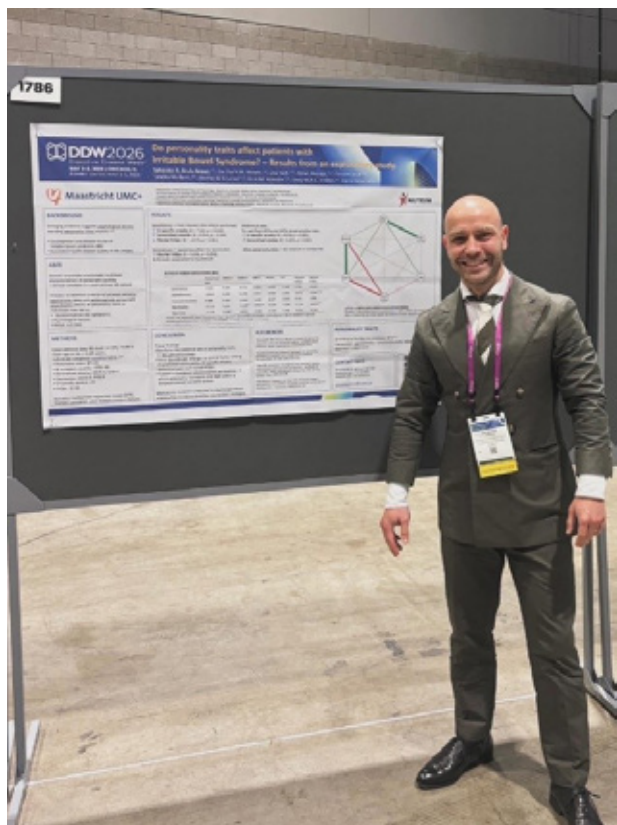
REISBEURSVERSLAG

Reisverslag DDW 2026 Chicago

Door: Dr. Sylvester Bruls-Groen, Maastricht UMC+

In aanloop naar mijn eigen thesisverdediging binnen de sectie Neurogastro-enterologie en motiliteit had ik het voorrecht om voor het eerst de Digestive Disease Week (DDW) in Chicago bij te wonen. Met ruim 13.000 internationale deelnemers en circa 425 sessies verspreid over vier dagen was de omvang indrukwekkend (size does matter) – niet alleen organisatorisch, maar bovenal wetenschappelijk. Gewapend met twee canvasposters (*"The effects of personality traits on psychological factors and quality of life in Irritable Bowel Syndrome: an exploratory study"* en *"Phenotyping*





increased urge to defecate in irritable bowel syndrome: analysis of symptom, sensory, and psychological profiles”) begaf ik mij dapper naar het McCormick Convention Center. Daar bleek al snel dat ik één van velen was: met ongeveer 4.400 posters, zowel fysiek als digitaal, was bescheidenheid in opstelling eerder regel dan uitzondering.

Inhoudelijk hoogtepunt was de feestelijke lancering van de Rome V-criteria, waar op geheel eigen wijze nieuwe ziektebeelden (waaronder Abdominal migraine en “Abelchia”) en aangepaste classificaties werden gepresenteerd. Opval-

lend waren o.a. de verruimde diagnostische criteria voor IBS: recidiverende, maar niet continue, abdominale pijn of discomfort ten minste drie keer per maand – wat vermoedelijk de prevalentiecijfers in de toekomst zal beïnvloeden. Op de DDW was er tevens veel aandacht voor neuromodulatie en transcutane nervus vagus-stimulatie (tvNS), wat resulteerde in goedbezochte sessies en levendige, soms stevige discussies. Hoewel de wetenschappelijke opsteker wat betreft de HPB voor mij persoonlijk (enige bias gezien mijn huidige aandachtsgebied) wat beperkt bleek, stak de Nederlandse inbreng er bovenuit, met sterke bijdragen vanuit de pancreatitis-werkgroep onder leiding van onder meer collega’s Besselink en Voermans (waarvoor hulde).

Ook buiten het formele programma werd de verbinding nadrukkelijk gezocht, met als hoogtepunt de Dutch – of beter gezegd Dutch-Flemish – Night, waar het UZ Leuven samen met Maastricht UMC+ en Amsterdam UMC het nachtleven van Chicago op eigen wijze kleur gaf. Na vier intensieve dagen kon de terugreis met tevreden vermoeidheid worden ingezet, om tijdens de lange vlucht de balans op te maken en opgeladen terug te keren, geïnspireerd voor een nieuw jaar GE-onderzoek!



Reisverslag NVGE reisbeurs

Door: dr. Hilde Krom

De NVGE reisbeurs maakte mogelijk dat dr. Hilde Krom namens alle coauteurs het abstract *“The incidence and complication rate of pediatric battery ingestion in the Netherlands”* kon presenteren. Dit vond plaats tijdens de Europese hittegolf op 26 juni 2026 bij de 58th Annual Meeting van de European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) te Lille, Frankrijk en eerder tijdens de Digestive Disease Days in maart 2026 te Veldhoven.

In tegenstelling tot volwassenen slikken kinderen batterijen vaak per ongeluk in. Volgens de normale ontwikkeling ontdekken zij voorwerpen met de mond. Wanneer een ingeslikte batterij in de slokdarm blijft steken, kan dit leiden tot ernstige complicaties en mortaliteit.

Het doel van de studie was het bepalen van de incidentie en complicaties van batterijingestie bij kinderen in Nederland.

REISBEURSVERSLAG

Hiertoe meldden (kinder)artsen alle ingesties van batterijen en complicaties (2018-2021) bij kinderen (0-18 jaar) prospectief via het Nederlands Signaleringscentrum Kindergeneeskunde (NSCK).

In totaal werden 153 episodes van ≥ 1 batterijingestie geïnccludeerd (49,7% meisjes, mediane leeftijd 2,8 jaar). 87,6% betrof knoopcelbatterijen. De incidentie van batterijingestie was 1,18 : 100.000/jaar en complicaties ontstonden bij 17,0%. Ernstige complicaties waren (pneumo)mediastinitis (n=2), oesofago-tracheale fistel (n=1), a. carotisbloeding met hemiparese (n=1) en oesofago-aortale fistel leidend tot mortaliteit (n=1). De meeste ingeslikte batterijen waren losse batterijen (n=47), kwamen uit lichtjes (n=25) of speelgoed (n=22). Kinderen met complicaties waren jonger (p 0.004) en hadden vaker symptomen bij presentatie (p <0.001) dan kinderen zonder complicaties. Verder waren

de batterijen groter (p 0.021) en bleven deze vaker steken in het bovenste (p <0.001) of middelste deel (p 0.037) van de slokdarm.

De incidentie van batterijingestie op de kinderleeftijd is 1,18:100.000/jaar met 17% complicaties. Voor preventie is meer bewustzijn nodig bij ouders, zorgprofessionals, politici en de industrie. Een jong kind met een ingeslikte batterij is een levensbedreigend spoedgeval. Wanneer de batterij in de slokdarm blijft steken, dient deze volgens alle (inter)nationale richtlijnen zo snel mogelijk verwijderd te worden.

Krom, H., Benninga, M.A., Bosman, D.K. et al. The incidence and complication rate of pediatric battery ingestion in the Netherlands. *Eur J Pediatr* **185**, 94 (2026). <https://doi.org/10.1007/s00431-025-06593-9>

Proefschriftsponsoring 2026

Zoals bekend kan de NVGE een bijdrage leveren aan de drukkosten van proefschriften van NVGE-leden. Het bedrag van de proefschriftsponsoring door de NVGE bedraagt voor 2026 onveranderd € 500,-. Een samenvatting van het proefschrift wordt na toekenning op de website van de NVGE geplaatst. Het aanvraagformulier voor proefschriftsponsoring kunt u downloaden via www.nvge.nl. U kunt daar ook de voorwaarden nalezen. Onderstaande leden ontvingen in de afgelopen periode proefschriftsponsoring. De samenvatting van deze én eerdere proefschriften kunt u vinden via www.nvge.nl



Proefschrift E.C. Brand.

C. de Jongh, 21 mei 2026, Utrecht
Exploring strategies in gastric cancer surgery

E. Vermeer, 27 mei 2026, Amsterdam
Paediatric Inflammatory Bowel Disease: From Gut Instinct to Clinical Practice

M.W. Chan, 10 juni 2026, Amsterdam
Shifting boundaries in the management of early Barrett's adenocarcinoma

J. Chan, 15 juni 2026, Maastricht
Chronicles of the Travelling Gut: How Travel Influences Long-Term Microbiota-Associated Health and Antimicrobial Resistance Dynamic

S.R. Bruls-Groen, 18 juni 2026, Maastricht
Towards personalized care: unraveling biopsychosocial profiles in disorders of the gut-brain interaction

L.G.M. Mulders, 1 juli 2026, Amsterdam
Below the Surface – Perianal Fistulizing Crohn's Disease

E.C. Brand, 7 juli 2026, Utrecht
Inflammatory bowel disease from pathophysiology to clinical aspects

