

Prof. Mearin  
ontvangt de  
Dicke-medaille  
tijdens het  
110 jaar lustrum  
van de NVGE





## Eenvoud in de behandeling van colitis ulcerosa



Preferentiële  
JAK1-remming<sup>1</sup>



Snel en  
aanhoudend\*<sup>1,2</sup>



1dd oraal<sup>1</sup>



Aangetoond  
veiligheidsprofiel<sup>#1</sup>



Jyseleca is geïndiceerd voor de behandeling van volwassen patiënten met matige tot ernstige actieve colitis ulcerosa die onvoldoende hebben gereageerd op, niet hebben gereageerd op of die intolerant waren voor conventionele therapie of een biological.<sup>1</sup>  
JAK, Janus Kinase

<sup>1</sup> Afname in partiële Mayo-score en CRP levels ten opzichte van baseline vanaf week 2.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> De frequentst gemelde bijwerkingen zijn nausea (3,5%), infectie van de bovenste luchtwegen (IBL, 3,3%), urineweginfectie (UWI, 1,7%), duizeligheid (1,2%) en lymfopenie (1,0%).<sup>1</sup>

Referenties: 1. SmPC Jyseleca®. Maart 2023. 2. EPAR Assessment report Jyseleca®. November 2021. Productinformatie elders in deze uitgave.

Jyseleca, Galapagos en het Galapagos-logo zijn geregistreerde handelsmerken van Galapagos NV.  
© 2023 Galapagos NV. Alle rechten voorbehouden.

### 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](http://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:

Dicke-medaille voor  
Luisa Mearin

#### De partners van de NVGE in 2023 zijn:

Olympus Nederland BV  
Galapagos

ISSN: 2543-3075

OLYMPUS

Galapagos

# VOORWOORD



Beste leden,

Met heel veel plezier kijk ik terug op het feest dat MDL Nederland tijdens de afgelopen najaarsvergadering ter gelegenheid van de 110e verjaardag van onze vereniging heeft gevierd. Inmiddels zijn we meer dan een eeuw oud, maar daar was in Veldhoven weinig van te merken!

Zoals reeds aangekondigd in de vorige editie van DDD news stonden de Digestive Disease Days bol van de wetenschappelijke hoogtepunten. Voor deze speciale gelegenheid was, naast de gebruikelijke programmering, ook ruimte gereserveerd voor Research Netwerken, waaronder de Dutch Colorectal Cancer Group, de Dutch Pancreatic Cancer Group en de welbekende ICC. Verder werden wegens groot succes de podcasts vanuit het Glazen Huis en de posterstage in de expositiehal geprolongerd.

Een absoluut hoogtepunt was de uitreiking van de Dicke-medaille aan prof. dr. Luisa Mearin voor haar werk in de Kindergeneeskunde op het gebied van coeliakie. Deze medaille wordt slechts een keer per vijf jaar uitgereikt aan een collega die origineel werk van fundamentele betekenis op het gebied van de Maag-, Darm- en Leverziekten heeft verricht; in het geval van prof. Mearin zeer wel verdiend. Aansluitend volgde de Tytgat-lecture, welke ditmaal werd gehouden door de bekende naamgever zelf, prof. dr. Guido Tytgat, die zelf in 1998 ook de Dicke-medaille in ontvangst mocht nemen! Begeleid door zijn dochter betrad hij nog eenmaal het podium van de Brabantzaal om in zijn afscheidslezing het publiek een aaneenschakeling van onderzoeksvragen voor te schotelen waar MDL Nederland de komende 110 jaar mee vooruit kan. Een prachtige kroon op een indrukwekkende loopbaan!

Dat MDL-Nederland ook goed kan ontspannen en creatief kan zijn bleek tijdens het diner, toen het 400-koppige publiek werd getraakteerd op een buitengewoon origineel en vermakelijk cabaret, verzorgd door diverse collega's uit den lande. De voorbereidingen en repetities waren reeds aan het begin van het jaar aangevangen en dat was duidelijk aan de souplesse van deze haast professionele voorstelling af te zien. Meerdere aspecten van de dagelijkse MDL-praktijk werden met een knipoog gepresenteerd, vaak tot grote hilariteit onder het publiek. Het bestuur hoopt in de toekomst vaker van zo'n prachtig

*Lees verder op pagina 4*

## INHOUD

Interview Luisa Mearin door Chris Mulder	6
De appel valt niet ver.... dit keer de familie Stassen	9
Research Pitch Sectie Inflammatoire Darmziekten	12
Hoogtepunten lustrumviering 110 jaar MDL – een fotocollage	14
DDD Science 1	17
DDD Science 2	19
PhD Netwerk – top 10 duurzaamheidsinterventies voor onderzoekers	22
Berichten vanuit de MLDS	25
Gesponsorde proefschriften	27

**21 - 24 februari 2024**

19th Congress of ECCO  
Locatie: Stockholm  
www.ecco-ibd.eu

**19 maart 2024**

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

**20 - 21 maart 2024**

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

**14 mei 2024**

Casuïstische conferentie  
Locatie: Online vanuit studio  
Meer informatie volgt.

**18 - 21 mei 2024**

Digestive Disease Week  
Locatie: Washington, D.C. & online  
www.ddw.org

**10 september 2024**

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

**25 - 27 september 2024**

ESCP 19th Scientific & Annual Meeting  
Meer informatie volgt

**12 - 15 oktober 2024**

United European Gastroenterology Week  
Locatie: Wenen  
www.eug.eu

**5 november 2024**

Casuïstische conferentie  
Locatie: Online vanuit studio  
Meer informatie volgt.

**11 - 12 september 2024**

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](http://www.nvge.nl)

## INS &amp; OUTS



*Naam:* Alexander Bodelier  
*Geboortedatum:*  
16 oktober 1976  
*Functie binnen de NVGE:*  
Secretaris

*Motivatie:* Het voelde als een eer om afgelopen september de belangrijke taak van secretaris over te nemen van Andrea van der Meulen. Mijn interesse voor de NVGE werd al lang geleden aangewakkerd, toen ik als jonge aios interne geneeskunde elke voor- en najaarsvergadering bezocht, bijna wanhopig wachtende op een opleidingsplek voor de MDL. Maar het doel om ooit als MDL-dokter in Veldhoven rond te lopen hield de motivatie hoog. Intussen werk ik alweer bijna 13 jaar met veel plezier in het Amphia ziekenhuis in Breda en zie ik van dichtbij hoe patiëntenzorg, opleiding en wetenschap hand in hand gaan. Mijn wetenschappelijke carrière bevindt zich vooral binnen de IBD, maar de brede interesse en kijk op ons mooie vak is altijd bewaard gebleven. Wetenschap en kennis overdracht zijn de ingrediënten die onze patiëntenzorg en persoonlijke ontwikkeling als dokter verder helpen. Het is mooie uitdaging om samen met de NVGE te blijven zorgen voor ondersteuning van (jonge) onderzoekers en de DDD het platform te laten zijn waar alle MDL-kennis met elkaar wordt gedeeld.

*Ziekenhuis:* Amphia ziekenhuis Breda  
*Afdeling:* Maag-Darm-Leverziekten  
*Functie:* MDL-arts

*Aandachtsgebieden:* IBD, geavanceerde endoscopie, dunne darm, opleiding



*Naam:* Michiel Bak  
*Geboortedatum:*  
27 september 1994  
*Functie binnen de NVGE:*  
Redactielid DDD news

*Motivatie:* Met veel plezier volg ik Romée Snijders op als redactielid van de DDD news. Al vroeg tijdens mijn studie werd de interesse gewekt voor het vakgebied Maag-, Darm en Leverziekten. Na het afronden van mijn Master, ben ik gestart met mijn promotietraject op de afdelingen MDL en Chirurgie in het Erasmus MC en IJsselland Ziekenhuis onder begeleiding van prof. dr. Janneke van der Woude, prof. dr. Laurents Stassen, dr. Annemarie de Vries en dr. Oddeke van Ruler. Mijn onderzoek bevindt zich op de scheidingslijn van de MDL en de chirurgie en richt zich op het postoperatief recidief bij de ziekte van Crohn en de behandeling van Crohnse perianale fistels. Ik kijk er naar uit, om samen met de redactieleden van de *DDD news*, de NVGE-leden op de hoogte te houden van alle (wetenschappelijke) ontwikkelingen in ons vakgebied.

*Ziekenhuis en functie:* Erasmus MC/IJsselland Ziekenhuis  
*Afdeling:* Maag-, Darm en Leverziekten/Chirurgie  
*Functie:* arts-onderzoeker  
*Aandachtsgebieden:* ziekte van Crohn, postoperatief recidief en Crohnse perianale fistels

## Samenstelling bestuur

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

**Raad van afgevaardigden:**

Dr. K. (Klaas) van der Linde, *public relations*  
Dr. S. van Meer (Suzanne), *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) Gisbertz, *namens Nederlandse Vereniging voor Gastro-intestinale Chirurgie*

M. (Mirjam) van der Ende, *namens V&VN MDL*  
Prof. dr. D. (Daniel) Keszthelyi, *namens Sectie Neurogastroenterologie en motiliteit*  
Prof. dr. V.M.C.W. (Manon) Spaander, *namens Sectie Gastrointestinale Oncologie*  
Dr. L.C.A.J. (Luuk) Hawinkels, *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. M. (Michiel) Bak, *aankomend redactielid DDD news*  
Drs. R.J.A.L.M. (Romée) Snijders, *redactie DDD-news*  
Dr. M.D. (Michiel) Voskuil, *redactie DDD-news*  
Drs. A. (Ayla) Thijssen, *namens PhD netwerk*

## Vervolg voorwoord

cabaret te mogen genieten!  
De feestelijke avond werd afgesloten met een spetterend optreden van Cherry & The Sugarstuds, die net als 5 jaar geleden alle MDL-voeten van de vloer kregen.

Tot slot wil ik u erop attente maken dat met ingang van afgelopen najaarsvergadering de samenstelling van het NVGE-bestuur is gewijzigd. Janneke van der Woude heeft het

voorzitterschap overgedragen aan oud-secretaris Andrea van der Meulen, die op haar beurt is opgevolgd door Alexander Bodelier. Wij heten hem van harte welkom in het bestuur en rekenen op een mooie samenwerking!

Rest mij u uit te nodigen de bladzijde om te slaan en de interessante en gevarieerde inhoud van deze editie van DDD news tot u te nemen. Mis daarbij

niet, behoudens de wetenschappelijke bijdrages, het dubbel-interview met vader (Laurents) en dochter (Pauline) Stassen. De eerste nam nog niet zo lang geleden afscheid als vice-voorzitter van het NVGE-bestuur.

Ik wens u veel leesplezier, ontspannen feestdagen en een inspirerend begin van 2024!

*Patrick van der Veek, penningmeester*

# Voor het eerst een vrouw die de Dicke-medaille krijgt

Luisa Mearin werd in Madrid geboren in 1954, ze groeide er op en ging medicijnen studeren. Ze wilde kinderarts worden. Maar in 1976 ontmoette ze bij een taal cursus Frans in Montpellier haar Peter uit Wassenaar en dit veranderde alles.

**Z**e kende al Isabel Polanco in Madrid, een kinderarts, en ze werd een pionier in coeliakie-zorg en -onderzoek. Een carrière voor Peter in Madrid in de jaren na Franco zou het niet worden. Dan maar naar Nederland. Haar vader verzuchtte dat er in Spanje toch ook genoeg leuke jongens waren. Salvador Peña, een jaargenoot van Isabel, was begonnen bij Carel Haex, die Willem Karel Dicke nog goed gekend had, en volgens het verhaal in Stockholm was op de dag voor de bekendmaking dat Dicke de Nobelprijs zou worden toegekend voor de ontdekking van het glutenvrije dieet. Helaas overleed Dicke, 57 jaar oud, voor de bekendmaking en ging de prijs niet door. Haex wilde met Peña de aanjager zijn voor coeliakieonderzoek in Nederland.

## Ontdekkingsreis in coeliakie: de Leidse jaren

In 1979 kwam Luisa naar Leiden vanwege coeliakie. Jon van Rood, de grondlegger van het HLA-onderzoek, aan wie de Nobelprijs later niet gegund werd, wilde kijken of een bepaalde HLA-typering een risico

vormde voor coeliakie. Het probleem was dat er niet genoeg patiënten met coeliakie in Nederland bekend waren, hooguit 400, en onze gezinnen klein. Gelukkig had Polanco in Madrid grotere gezinnen met coeliakiepatiënten. Luisa mocht onderzoek doen, haar vader zette gedeeltelijk haar studievergoeding door. Daarnaast was er een kleine Spaanse studiebeurs. Van Rood deed de typeringen belangeloos. Polanco leverde bloed af aan de Iberia Gate in Madrid, de stewardess nam het aan. Op Schiphol stond Luisa in een witte doktersjas aan de gate. Wat METC, géén METC. Peña enthousiasmeerde Frits Koning van het lab van Van Rood. Frits zette de basale lijn coeliakie op in Leiden en ging recent met emeritaat. Luisa ontdekte dat niet alleen HLA-DR3, maar dat ook het gehele DNA in het HLA-A1-B8-DR3 gedeelte segregeerde met de ziekte in de families met coeliakie, en dus een belangrijk risico voor coeliakie was. Dat werd in 1983 haar landmarkstudie in Gut met van Rood als laatste auteur.

## Een carrière in kindercoeliakie: van onderzoek tot praktijk

Luisa droomde van kindergeneeskunde en ging met Haex en Peña langs bij de opleider Van Dooren in het LUMC. Gepromoveerde kinderartsen, zeker ook vrouwen, waren zeer zeldzaam. Bij de sollicitatie vroegen de kinderartsen of ze een kinderwens had, een leugen voor haar bestwil was het antwoord. Na drie jaar onderzoek mocht ze in 1982 met de opleiding starten. Ze kreeg haar eerste "echte" salaris toen ze de opleiding startte. Haar Spaanse diploma geneeskunde

werd toen gelijkgeschakeld als je twee jaar meegelopen had. Een uitgebreide taaltoets bij de "nonnen" in Vught was wel een vereiste. Ik leerde haar bij de grote visites MDL in het LUMC kennen. Omdat ik een coeliaak, de zoon van de rector magnificus, had gemist, moest ik als straf ook wat aan coeliakie doen met Salvador Peña. In 1985 werd Luisa tijdens haar opleiding zwanger. Met haar supervisor durfde ze wel naar haar opleider, die reageerde: "dat lossen we op". Hij bedoelde het goed. Ze was de eerste assistent kindergeneeskunde in Leiden die zwangerschap en opleiding combineerde. In 1989 promoveerde Nieves Aparicio met aan haar zijde twee paranimfen, Luisa en Graciella Bobouth, alle drie hoogzwanger. Alle drie primair Spaanstalig en door de liefde in Nederland beland en alle drie promovendi bij Salvador Peña. De laatste tien tot twintig jaar is zwanger worden tijdens promotie en opleiding gewoner geworden. Toen dapperder. Tijdens haar opleiding en zwangerschap promoveerde ze twee keer, eenmaal in Madrid in 1984 en een keer in Leiden bij Haex en Peña, beide keren cum laude. Daarnaast had zij ook nog met de diëtetiek een studie met glutenbelasting bij tweelingen met glutenkoekjes opgestart. Mooi onderzoek en nauwelijks een METC. In 1987 werd ze stafid kindergeneeskunde in Leiden. Een gedifferentieerde poli cardio, transplantatie en neonatologie bestonden al. Poli kinder-MDL was niet aan de orde. De tijden veranderden. In 1994 mocht ze de subafdeling kinder-MDL opstarten. Coeliakie was en bleef haar liefde, haar poli werd landelijk. Maar hoe kreeg je geld

voor onderzoek? Ze mocht bij het preventiefonds op een kamertje bij twee oude heren, die jonger waren dan zij en ik nu zijn, op bezoek komen. Ze hebben Elvira George en haar een uur vol bewondering aangestaard en gaven geld voor onderzoek wat leidde tot de promotie van Elvira George. De hoge frequentie van coeliakie bij het syndroom van Down en de lage incidentie van coeliakie diagnoses in Nederland waren haar boodschappen.

## Internationaal leiderschap

In 1991 organiseerden Luisa en Chris Mulder een congres ter herdenking aan de promotie van Dicke 40 jaar

eerder. Haex en de weduwe Dicke waren eregasten. Vijftig internationale sprekers waren er, en voor 45.000 gulden waren ze low budget ingevlogen en ondergebracht. Het hardcover symposiumboek met hulp van Kluwer werd meer dan een herinnering. Tweeduizend symposium boeken werden verkocht. Eind jaren '90 werd het coeliakie-consortium Nederland opgericht. Frits Koning (gluten-specifieke T-response), Ciska Wijmenga (genome wide screening), Luisa (screening consultatiebureaus) konden doorgroeien. De Europese commissie gaf geld waardoor onderzoek naar coeliakie-gerelateerde

lymfomen en refractaire coeliakie kon groeien. Mary van Blomberg ontwikkelde met Salvador Peña, toen inmiddels op de VU, sensitievere tissue transglutaminase testen met behoud van specificiteit, naar aanleiding van de ontdekking van tissue glutaminase door Detleff Schuppan in Berlijn. Alles leek coeliakie, ZonMw gaf geld. Inmiddels waren er echte onderzoeksprotocollen en keek de METC mee. Door het onderzoek van Catassi in Ancona leek het erop dat 1% van de westerse bevolking coeliakie zou moeten hebben. Luisa richtte zich verder op de consultatiebureaus. Massascreening bij kinderen werd haar



## Luisa Mearin blijft vechten voor implementatie van vroege opsporing van coeliakie

invalshoek. Een eerste screening bij 3000 kinderen tussen de leeftijd van 1 tot 4 jaar oud werd in 1999 in The Lancet gepubliceerd en mondde uit in de promotie van Cassandra Czismadia. Luisa speelt de laatste twintig jaar een wereldrol bij kindercoeliakie bij ESPGHAN. Ze richtte de Kinder Coeliakie Guideline groep op samen met Ricardo Troncone (Napels) en Hania Swajewska (Polen), maar ook met hulp van kinder-MDL-artsen elders uit Europa. Ze startten rond 2017 Prevent-CD op. Ze regelden en ritselden hiervoor 7,5 miljoen Euro bij de Europese Commissie. Coeliakie konden ze niet voorkomen, maar wat ze vonden was dat coeliakie zich zeer vroeg in het leven ontwikkelt (rond de leeftijd van

2-3 jaar), significant vaker bij meisjes en bij kinderen homozygoot voor HLA-DQ2. Haar output in tijdschriften met high impact is de laatste tien jaar imposant. New England Journal of Medicine leek gewoon.

### Naar de toekomst

De laatste jaren, in samenwerking met ZonMW, Jeugd Gezondheidszorg en de Nederlandse Coeliakie Vereniging, richt zij zich op implementatie van vroege opsporing van coeliakie in de consultatiebureaus (project GLUTENSCREEN). Screening bij asymptomatische kinderen stuitte op veel weerstand van METC's. Bloedafnames via venapunctie was teveel van het goede, later case-finding bij kinderen met klachten werd haar plan B. Bloedafname via vingerprikken werd gemakkelijker. De hypothese was dat coeliakie bij 1% van de kinderen voorkwam, maar snel oprukte naar de 2%. Luisa blijft vechten voor implementatie van vroege opsporing van coeliakie met hulp van alle consultatiebureaus in Nederland.

Van buiten Leiden keken we met verbazing naar de kinderkliniek en het feit dat Luisa maar geen hoogleraar werd de laatste vijftien jaar. Gelukkig mag Luisa zich sinds 2019 ook hoogleraar noemen, op haar 65e jaar. Maar goed, beter laat dan nooit. Dat ze nu voor haar 70e als eerste vrouw in Nederland de Dicke-medaille krijgt is dan weer mooi meegenomen. Haar koninklijke onderscheiding hebben we met de Nederlandse Coeliakie Vereniging wel al jaren voor haar 65e voor elkaar gekregen als substituut voor een petje.

De vraag is hoe we de komende jaren de belangrijke plek die we internationaal hebben sinds de tachtiger/negentiger jaren, met dank aan Salvador Peña en Carel Haex in Nederland, voor coeliakie blijven behouden. Nieuwe trekkers zijn opgestaan op en moeten blijven opstaan. Het probleem in de coeliakie blijft dat er geen geneesmiddel voor is, dus geen farmaceut die kan en wil helpen.

Chris Mulder

## 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.



Vader Laurents Stassen en dochter Pauline Stassen in 2006 tijdens een meeloopdag op de OK

**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: Laurents Stassen
- Geboortedatum: 26 augustus 1960
- Beroep: gastro intestinaal chirurg
- Nu werkzaam in: Maastricht UMC+

### Dochter:

- Naam: Pauline Stassen
- Geboortedatum: 25 augustus 1991
- Beroep: aios MDL
- Nu werkzaam in: Reinier de Graaf Gasthuis, Delft

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

Pauline: Voor het eerst toen hij in het Reinier de Graaf in Delft werkte. Ik ging soms mee in het weekend als mijn vader naar het ziekenhuis moest en zat dan achter zijn bureau of bij de verpleging. Later heb ik meegekeken met scopieën en op de OK. Ik herinner me dat ik door enthousiaste aiossen mee op sleeptouw werd genomen, dat was heel aardig en interessant. Ik heb destijds in Delft ook met de Simendo mogen oefenen, een VR simulator die door de Technische Universiteit in samenwerking met Reinier de Graaf gemaakt is. Dat spelletje en puzzelen vond ik erg leuk. Later, toen hij al in Maastricht zat en ik geneeskunde studeerde ben ik ook eens mee geweest naar de OK.

Laurents: In Delft, en trouwens ook in het begin van mijn tweede periode in Maastricht, deed ik nog volop colo- en

## OPROEP

### Oproep Inspiratorprijs

De afgelopen 20 jaar is de Frieda den Hartog Jager prijs – genoemd naar een Amsterdamse oncologe, een gedreven en inspirerend voorbeeld – een tweejaarlijks terugkerende prijs geweest voor een lid die zich op bijzondere wijze heeft onderscheiden op het gebied van de gastro-intestinale oncologie. Het bestuur heeft samen met de Raad van Afgevaardigden besloten deze prijs nu wat breder te trekken en een tweejaarlijks een **Inspiratorprijs** uit te reiken. Deze prijs, die wordt gevolgd door een lezing, zal eenmaal per twee jaar worden uitgereikt aan een lid van de vereniging die zich op bijzondere wijze onderscheidt en een rolmodel is voor de jongere generatie. Toekenning van de NVGE Inspirator prijs geschiedt door bestuur en de Raad van Afgevaardigden na

schriftelijke voordracht door twee leden van de vereniging. Aanmeldingen voor deze prijs kunnen voor 1 januari a.s. worden ingediend via [secretariaat@nvge.nl](mailto:secretariaat@nvge.nl).

### Oproep inzendingen NVGE proefschriftprijs

Ook voor de jaarlijkse proefschriftprijs kan worden ingestuurd. Vanuit duurzaamheidsoverwegingen willen wij deze prijs nog uitsluitend digitaal laten inzenden. Inzenddatum: vóór 1 januari a.s via [secretariaat@nvge.nl](mailto:secretariaat@nvge.nl) (eventueel via WeTransfer).

Alle informatie is te vinden via [www.nvge.nl](http://www.nvge.nl)

sigmoidoscopieën. Daar heeft Pauline ook meegekeken. Aan het einde van de dag: "Pap, ik vind dat je wel een vies vak hebt, zeg!". Tsjja, hoe meningen kunnen veranderen.

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

Pauline: Volgens mij heb ik heel vroeger gezegd dat ik absoluut niet hetzelfde wilde gaan doen als mijn vader, maar ergens is het toch gaan kriebelen en kreeg ik op de middelbare school wel het idee dat ik Geneeskunde wilde gaan studeren. In mijn derde jaar Geneeskunde hadden we het vak 'Spijsvertering' wat ik echt interessant vond. In die tijd heb ik meermaals bij mijn vader voor tekst en uitleg aangeklopt. Leuk om met je vader zo te kunnen sparren. Toen is de liefde voor de gastro-enterologie geboren.

Laurents: Ergens in de loop van Pauline's middelbare school werd duidelijk dat zij arts wilde worden. Het zit inderdaad in de genen denk ik. Misschien heeft ook meegespeeld dat we thuis wel over het ziekenhuis spraken, blijkbaar positief en inspirerend. Op school, maar ook toen Pauline twee maal uitlootte voor de studie Geneeskunde, is zij getest op haar beroepskeuze. Daar bleef hardnekkig "arts" uitkomen. Het zit blijkbaar wel echt in haar gebakken.

#### Zelfde regio gaan werken of juist niet?

Pauline: Dat zit er denk ik niet meer in, maar dat had me best wel leuk geleden. Ik zit nu voor mijn opleiding in regio Rotterdam en ben waarschijnlijk net klaar als mijn vader met pensioen gaat. Overigens werk ik nu in Delft, waar hij ook gezeten heeft. Het feit dat hij daar ook een lange tijd gewerkt heeft, maakte het voor mij extra leuk om naar Delft te mogen gaan. Toch is het alweer een hele tijd geleden dat hij daar was, al sinds 2009 niet meer. Het verbaasde me dan ook dat er toch nog vaak door artsen en verpleegkundigen gevraagd werd of ik de dochter van Stassen ben. Heel erg leuk om hun mooie ervaringen te horen.

Laurents: Gelijktijdig zal het wel niet meer worden, denk ik. Helemaal niets op tegen overigens, in twee richtingen niet: Pauline hier of ik daar. Zou ook heel praktisch zijn in de zin van oppassen op de kleine Louis. "Kan ik ook tijdig beginnen met beïnvloeden van de volgende generatie," grapt Laurents. Maar eigenlijk zitten we wel in dezelfde regio en heel nadrukkelijk. Mijn carrière als GI chirurg begon met een prachtig fellowship onder prof. Huug Tilanus en dr. Ruud Schouten in het toenmalige Dijkzigt in Rotterdam. Daar heeft Pauline haar PhD gedaan en daar is zij nu ook haar opleiding gestart. Maar het is nog bonter: daarna zat ik bijna 15 jaar met veel plezier in Delft, en waar zit Pauline nu: in Delft! Waarom zij daar nu zit kan ze beter zelf vertellen. Maar ik

kan wel zeggen dat een van de redenen voor mij destijds om Delft te kiezen de goede naam van de MDL artsen was: collegiaal, gedreven en innovatief. En een van de GI chirurgen was pionier in de Nederlandse Vereniging voor Gastrointestinale Chirurgie (NVGIC). Die atmosfeer sprak me aan.

#### Was er een bepaalde verwachting/druk vanuit thuis?

Pauline: Zeker niet. Mijn ouders hebben me altijd helemaal vrijgelaten in wat ik wilde doen. Het zal geen toeval zijn dat ik graag Geneeskunde wilde gaan studeren aangezien mijn beide ouders in het ziekenhuis werken en het er thuis dus best regelmatig over ging. Toen ik was uitgeloot voor Geneeskunde heb ik International Business Administration (IBA) gestudeerd waardoor nieuwe verfrissende gespreks-onderwerpen aan de eettafel kwamen. IBA was een leuke studie, maar ik was erg blij dat ik uiteindelijk toch werd ingeloot. En dat ik nu in hetzelfde vakgebied ben geëindigd zal wel iets met een paplepel en genen te maken hebben.

Laurents: Neen geen enkele. Althans niet bewust. Wat Pauline ook zou zijn gaan doen: waar zij gelukkig van wordt, daar worden wij als ouders gelukkig van. Iets anders dan geneeskunde of de buik: helemaal goed. Misschien onbewust wel: want zoals gezegd, het arts willen, en schijnbaar kunnen, worden zat er stevig in. Ik moet wel bekennen dat ik het heel leuk vind dat zij nu ook de buik gekozen heeft tot haar beroep.

#### Wat vinden de overige familieleden ervan? Gaat het tijdens Kerstmis niet alleen over MDL ziekten?

Laurents: Daar wordt wel over geklaagd.. Pauline's partner komt uit een volledig andere hoek. Ongemerkt gaat het gesprek makkelijk over alle mooie en minder mooie ervaringen en boeiende ontwikkelingen. Stijn haalt ons dan bij de les en helpt ons buiten de geneeskundige koker te kijken. Heerlijk om iemand met een andere frisse blik erbij te hebben! Nooit te oud om wat te leren!

#### Is de manier waarop dochter het vak uitoefent eigenlijk wel te vergelijken met de manier waarop vader het uitoefent?

Laurents: Dat kan ik moeilijk zeggen, ik ben er niet bij nu daar in Delft. Maar natuurlijk heb ik er wel een beetje kijk op. Je kan bij deze vraag denken aan de tijd die je in je werk steekt en de work-life balance, daar komen we zo op. Maar puur in de uitoefening van het vak, het hart voor je patiënt, de motivatie om het beste voor je patiënt te willen en uit jezelf te halen? Daarin is de moderne generatie artsen niets anders dan de mijne. En uiteraard is mijn mening over Pauline sterk gekleurd, maar ik zie dat in haar net zo terug.



Vader Laurents Stassen en dochter Pauline Stassen in 2023 tijdens promotie van laatstgenoemde

#### In welke mate is de work-life balance van vader te vergelijken met die van dochter?

Pauline: Die is nu toch wel echt anders. Bij mijn vader ligt de balans veel meer bij werk, dat probeer ik minder, want er zijn nog zoveel andere leuke dingen. De tijd is daarin nu ook erg veranderd. Ik ga parttime werken nu ik een kindje heb, dat was vroeger niet of minder zo. Ik denk dat het goed is dat er meer aandacht is voor een evenwichtige balans tussen werk en privé.

Laurents: Pauline heeft ooit gezegd: "Als ik zulke idiote uren moet maken als jij, word ik geen chirurg". Toch heeft ze ook gezegd: "Als ik op de operatiekamer ben en die anatomie zie, word ik helemaal blij". Wat betreft die uren: dat typeert fraai hoe mooi je je vak kan vinden en hoe daardoor de tijd vanzelf voorbij kan vliegen. Gelukkig kreeg ik ook te horen: "In mijn team was jij de vader die het vaakst bij de hockey aan de lijn stond". Ik geniet enorm van de zaken buiten het werk. Misschien heb ik daarvan iets minder tijd nodig dan een ander. Maar de wereld is inderdaad gewoon veranderd.

De maatschappij in het algemeen, kansen, communicatie, sociale plichten, partnerschap, de positie van de arts, noem maar op. Natuurlijk heeft dat zijn invloed op de work-life balance. En terecht!

#### Welk advies zou je als vader je dochter willen meegeven?

Laurents: Blijf jezelf, waardeer je eigen leven. Kijk niet naar mij, de tijden zijn anders. Je hebt een prachtvak, geniet ervan! Blijf naar ons toe komen met je verhalen, heerlijk om te zien hoe jij, maar ook je vak zich ontwikkelt.

#### Welk advies geef jij je vader mee?

Pauline: Ik vind het inspirerend om te zien hoe gepassioneerd jij over je werk bent en hoe weinig moeite het je lijkt te kosten om zo hard te werken. Ik hoop dat je er de komende jaren net zo van blijft genieten. Maar ik vind het ook belangrijk om te zien dat je geniet van je vrije tijd, zoals het werken in de wijngaard, het wandelen in de prachtige omgeving van Maastricht en een beetje Italiaan worden.

## Sectie Inflammatoire Darmziekten Inflammatory bowel disease in pregnancy and breastfeeding

Brondfield, M.N., Mahadevan, U. *Inflammatory bowel disease in pregnancy and breastfeeding. Nat Rev Gastroenterol Hepatol.* 2023 Aug;20:504-523. doi: 10.1038/s41575-023-00758-3. Epub 2023 Mar 31. PMID: 37002407.

Door:

drs. Dianne G. Bouwknecht, arts-onderzoeker MDL, Universitair Medisch Centrum Groningen en dr. Marijn C. Visschedijk, MDL-arts, Universitair Medisch Centrum Groningen

### Inleiding

Inflammatoire darmziekten (IBD) kennen een piekincidentie vóór de leeftijd van 35 jaar, in de periode waarin patiënten starten met het stichten van een gezin. Hierom is het begrijpen van de effecten van IBD op vruchtbaarheid, zwangerschap en zwangerschapsuitkomsten van groot belang. In dit landmark paper wordt in een narratieve review uw kennis

geüpdatet op het gebied van IBD en zwangerschap en worden handvatten geboden voor implementatie ervan in de praktijk.

### Fertiliteit

*Vrouwen zonder abdominale chirurgie in hun voorgeschiedenis hebben bij remissie gelijke fertiliteitscijfers als de algemene populatie.*

Patiënten met de ziekte van Crohn (CD) hebben een 54% verhoogd risico om meer dan een jaar nodig te hebben om zwanger te worden (RR 1.54, 95%CI 1.03-2.30); dit verschil in fertiliteit wordt vooral verklaard door het hebben van een chirurgische voorgeschiedenis (RR 2.54, 95%CI 1.39-4.65). (1) In het verleden werd er in patiënten met colitis ulcerosa (UC) een hoger risico op infertiliteit gezien na het ondergaan van een ileal pouch-anal anastomosis



(IPAA) procedure (relative risk (RR) 3.17, 95%CI 2.41-4.18). (2) Met de komst van laparoscopische technieken lijkt dit risico lager, echter ontbreken cijfers hierover. Ziekteactiviteit heeft onafhankelijk van chirurgische voorgeschiedenis een negatief effect op fertiliteit. (3)

### Preconceptionele begeleiding

*Preconceptionele begeleiding en multidisciplinaire zorg zijn nodig voor goede patiënteducatie en leiden tot verbeterde zwangerschapsuitkomsten.*

Ziekteactiviteit bij conceptie is geassocieerd met een verhoogde kans op activiteit tijdens de zwangerschap. (4) Preconceptionele begeleiding is daarom geïndiceerd voor alle vrouwen met IBD in de vruchtbare leeftijd. Goede begeleiding wordt geassocieerd met therapietrouw (adjusted odds ratio (aOR) 5.69, 95%CI 1.88-17.27), minder opvlammingen tijdens de zwangerschap (aOR 0.51, 95%CI 0.28-0.95) en minder kans op een laag geboortegewicht (aOR 0.08, 95%CI 0.01-0.48). (5) Aanbevolen onderwerpen om te bespreken zijn bijvoorbeeld het bevorderen van de gezondheid van de patiënt (voedingstoestand, foliumzuur); risicovermindering (intoxicaties) en voorlichting over IBD en zwangerschap (vruchtbaarheid, ziekteactiviteit, medicatie, modus partus, borstvoeding).

### Medicamenteuze behandeling tijdens zwangerschap en borstvoeding

*Door IBD-medicatie de gehele zwangerschap te continueren (ook biologicals!) wordt het risico op ongunstige zwangerschapsuitkomsten verlaagd en de kans op een exacerbatie en antistofvorming verkleind. Dit draagt bij aan een steroidvrije behandeling gedurende de zwangerschap.*

Ziekteactiviteit tijdens de zwangerschap is veelvuldig in verband gebracht met ongunstige zwangerschapsuitkomsten, zoals vroeggeboorte, laag geboortegewicht en dysmaturiteit. Aminosalicylaten en thiopurines dienen de gehele zwangerschap doorgebruikt te worden. (6) Het opstarten van thiopurines in deze periode wordt afgeraden, vanwege het langzaam optreden van effect en het risico op bijwerkingen. (7) Methotrexaat wordt idealiter vóór conceptie gestaakt, gezien het risico op miskramen bij gebruik tijdens de zwangerschap. (8) Er wordt aanbevolen anti-TNF behandeling de gehele zwangerschap te laten voortduren vanwege het lage risicoprofiel en de verhoogde kans op opvlammingen bij het staken ervan. (8) Andere monoklonale antilichamen zoals vedolizumab en ustekinumab worden tevens als low-risk beschouwd. (9) Voor nieuwere therapieën, zoals JAK-remmers en ozanimod, bestaat nog weinig data. Gebruik tijdens de zwangerschap wordt op basis van

proefdierstudies, waarbij teratogeniteit en congenitale malformaties gevonden werden, afgeraden. Corticosteroïden worden als low-risk beschouwd, echter zijn er aanwijzingen voor een correlatie met foetale en maternale complicaties. Een steroidvrije behandeling wordt daarom geprefereerd. Voor ileale ziekte is budesonide een alternatief; de synthetische glucocorticoïd wordt in mindere mate gemetaboliseerd door de placenta en is niet geassocieerd met ongunstige zwangerschapsuitkomsten. (10) Als vuistregel kan men aanhouden dat medicijnen die tijdens de zwangerschap als veilig worden beschouwd, een gelijk risicoprofiel hebben tijdens de borstvoeding. Deze kunnen dus worden voortgezet.

### Conclusie

Adequate behandeling en behoud van remissie leiden tot vergelijkbare fertiliteit en zwangerschapsuitkomsten als in de gezonde populatie. Het risico op exacerbaties, antistofvorming en ongunstige zwangerschapsuitkomsten wordt verlaagd door IBD-medicatie de volledige zwangerschap te continueren. Een steroidvrije behandeling kan hierdoor behouden worden. Met het voortdurend groeiende aanbod aan medicatie blijft onderzoek naar maternale en foetale uitkomsten na gebruik tijdens de zwangerschap cruciaal.



### Referenties

- Friedman, S., Nielsen, J., Nøhr, E.A., et al. Comparison of Time to Pregnancy in Women With and Without Inflammatory Bowel Diseases. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2020 Jun;18(7):1537-1544
- Waljee, A., Waljee, J., Morris, A.M., et al. Threefold increased risk of infertility: a meta-analysis of infertility after ileal pouch anal anastomosis in ulcerative colitis. *Gut.* 2006 Nov;55(11):1575-1580
- Ban, L., Tata, L.J., Humes, D.J., et al. Decreased fertility rates in 9639 women diagnosed with inflammatory bowel disease: a United Kingdom population-based cohort study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2015 Oct;42(7): 855-866
- Abhyankar, A., Ham, M., Moss, A.C. Meta-Analysis: the impact of disease activity at conception on disease activity during pregnancy in patients with inflammatory bowel disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2013 Sep;38(5):460-466
- De Lima, A., Zelinkova, Z., Mulders, A.G.M.G.J., et al. Preconception Care Reduces Relapse of Inflammatory Bowel Disease During Pregnancy. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2016 Sep;14(9):1285-1292
- Rahimi, R., Nikfar, S., Rezaie, A., et al. Pregnancy outcome in women with inflammatory bowel disease following exposure to 5-aminosalicylic acid drugs: a meta-analysis. *Reprod Toxicol.* 2008 Feb;25(2):271-275
- Torres, J., Chaparro, M., Julsgaard, M., et al. European Crohn's and Colitis Guidelines on Sexuality, Fertility, Pregnancy, and Lactation. *J Crohns Colitis.* 2023 Jan;17(1):1-27
- Nguyen, G.C., Seo, C.H., Maxwell, C., et al. The Toronto Consensus Statements for the Management of Inflammatory Bowel Disease in Pregnancy. *Gastroenterology.* 2016 Mar;150(3):734-757
- Mahadevan, U., Long, M.D., Kane, S.V., et al. Pregnancy and Neonatal Outcomes After Fetal Exposure to Biologics and Thiopurines Among Women With Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterology.* 2021 Mar;160(4):1131-1139
- Odufalu, F.-D., Long, M., Lin, K., et al. Exposure to corticosteroids in pregnancy is associated with adverse perinatal outcomes among infants of mothers with inflammatory bowel disease: results from the PIANO registry. *Gut.* 2022 Sep;71(9):1766-1772

### DDD PITCH

## Oproep aan alle collega's, PhD studenten

*Wil jij jouw research pitch 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](mailto:secretariaat@nvge.nl) met als onderwerp 'DDD science rubriek'. Wij nemen zo snel mogelijk contact met je op!



# Hoogtepunten lustrumviering 110 jaar MDL!





**GEDAALD  
IN PRIJS**

Nieuwe AIP Yaldigo  
60 x 1600mg tabletten  
met geregleerde  
afgifte: 64,33 €  
(terugbetaald)

## De 2 mesalazine specialiteiten met hoge sterkte van Tillotts Pharma voor de behandeling van uw mild tot matige colitis ulcerosa patiënten



**YALDIGO**<sup>®</sup>  
mesalazine tablet **1600 mg** OPTICORE™

Behandeling van milde tot matig acute vormen van colitis ulcerosa en voor het voorkomen van recidieven.<sup>1</sup>



**KIUDRO**<sup>®</sup>  
mesalazine zetpil **1g**

Behandeling van acute lichte tot matige colitis ulcerosa die is beperkt tot het rectum.<sup>2</sup>



1. Samenvatting van de Productkenmerken. Yaldigo 1600 mg, tabletten met geregleerde afgifte;  
2. Samenvatting van de productkenmerken. Kiudro 1 g zetpil.  
AIP: apotheekinkoopprijs.

## Onttrafeling van het antilichaamrepertoire van patiënten met inflammatoire darmziekten

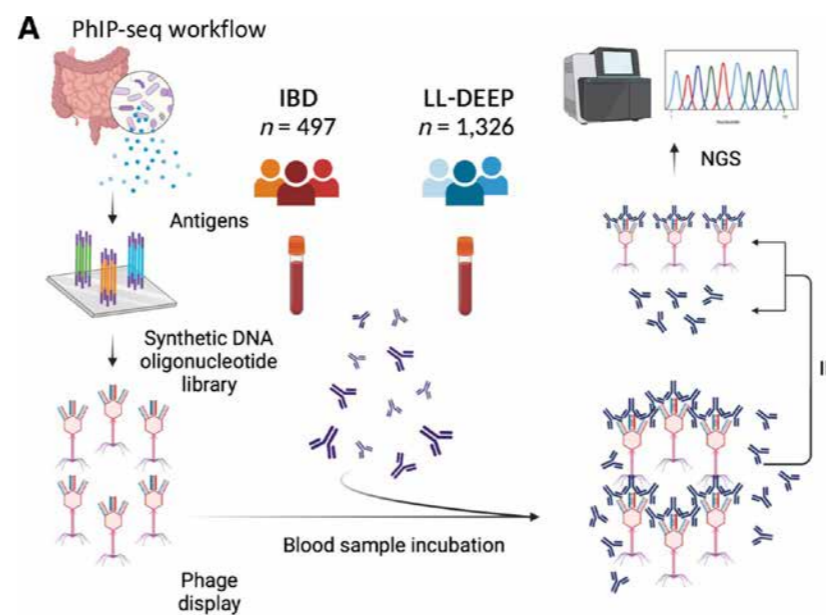
Bourgonje AR, Andreu-Sánchez S, Vogl T, Hu S, Vich Vila A, Gacesa R, Leviatan S, Kurilshikov A, Klompus S, Kalka IN, van Dullemen HM, Weinberger A, Visschedijk MC, Festen EAM, Faber KN, Wijmenga C, Dijkstra G, Segal E, Fu J, Zhernakova A, Weersma RK. *Immunity*. 2023 Jun 13;56(6):1393-1409.e6. doi: 10.1016/j.immuni.2023.04.017. Epub 2023 May 9. PMID: 37164015.

Nederlandse samenvatting door:  
dr. Arno R. Bourgonje, postdoctoraal arts-onderzoeker,

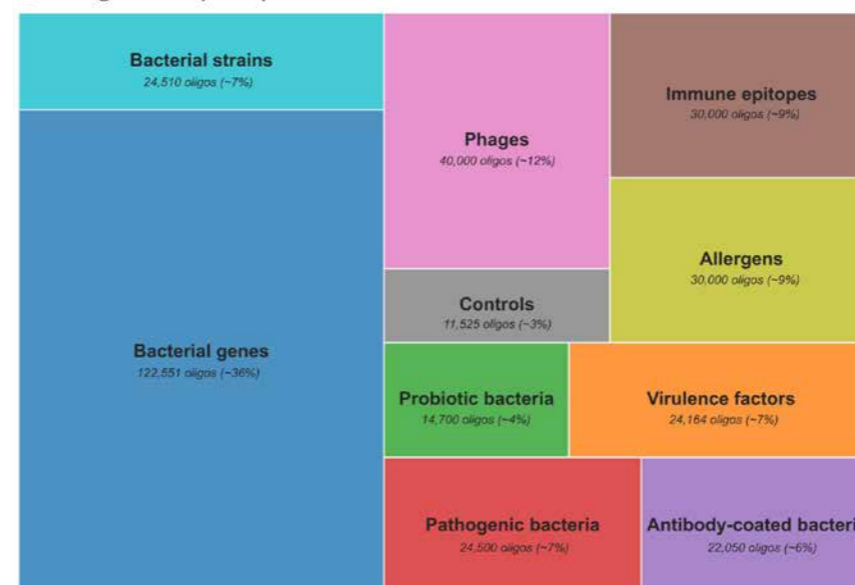
Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en Icahn School of Medicine at Mount Sinai (New York, Verenigde Staten).

### Unieke antilichaamresponsen bij patiënten met IBD

Inflammatoire darmziekten (IBD) worden gekenmerkt door afwijkingen in het immuunsysteem die zich onder andere uiten in de aanwezigheid van unieke antilichaamreacties die zijn op te sporen in het bloed. Twee bekende voorbeelden



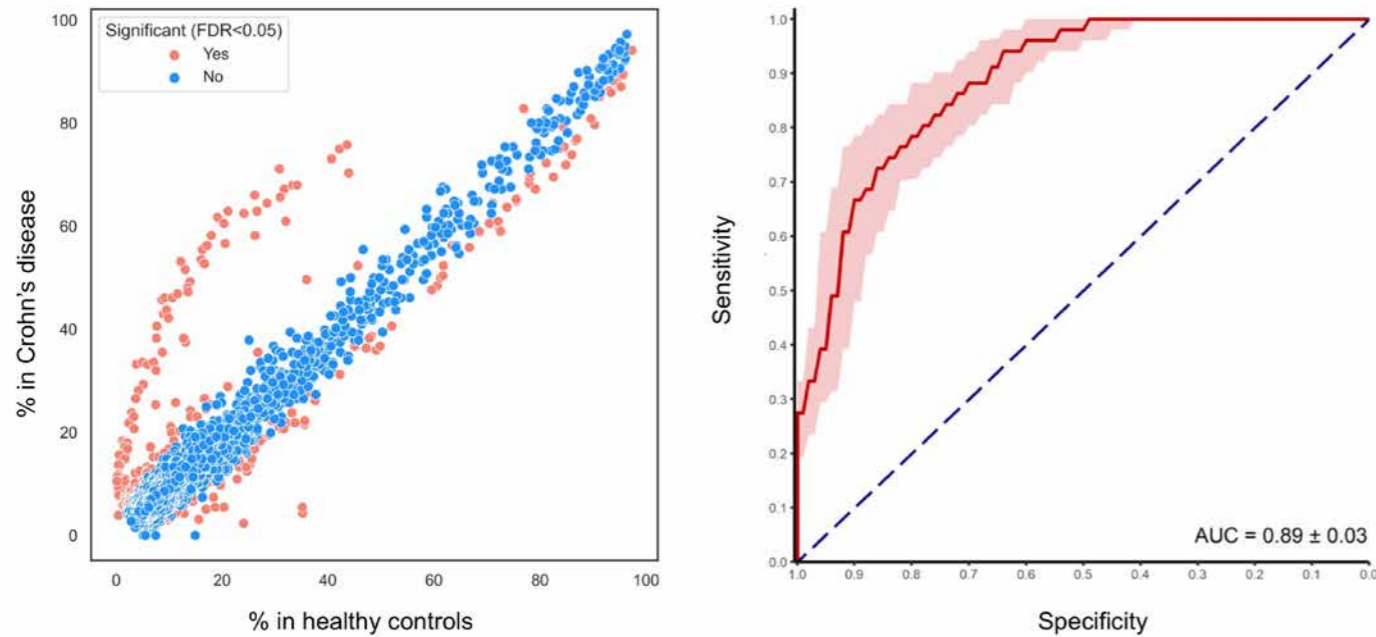
### B Antigen library composition



**Figuur 1.**

### Phage-display immunoprecipitation sequencing (PhIP-Seq) bij IBD. (A)

Schematische weergave van de PhIP-Seq procedure. Een enorme hoeveelheid (>340,000) antigenen ("antigenbibliotheken") worden geïntegreerd in bacteriofagen, die blootgesteld worden aan humaan serum. De hierin aanwezige antilichamen binden vervolgens aan de bijbehorende antigenen. De gebonden bacteriofagen worden m.b.v. immunoprecipitatie gescheiden en gesequenced. (B) Schematische visualisatie van de inhoud van de antigenbibliotheek die werd gebruikt, bestaande uit bacteriën, virussen, maar ook immuun-antigenen en allergenen.



**Figuur 2.**

*Patiënten met de ziekte van Crohn vertonen toegenomen antilichaamreacties tegen het bacterieel flagelline-eiwit. Antilichaamreacties die vaker voorkwamen bij de ziekte van Crohn in vergelijking tot gezonde individuen werden voor het overgrote deel vertegenwoordigd door anti-flagelline antilichaamresponsen (linker afbeelding) en konden ook zeer nauwkeurig onderscheid maken tussen patiënten en gezonde individuen (area under the curve [AUC] = 0.89 in test dataset).*

hiervan zijn de *anti-Saccharomyces cerevisiae* (ASCA) en de anti-neutrofiele cytoplasmatische (ANCA) antilichamen die regelmatig ook in klinische setting worden bepaald. Conventionele technieken om antilichamen te bepalen, zoals bijvoorbeeld ELISA of peptide array-gebaseerde technieken, zijn echter lastig op grote schaal ("high-throughput") toe te passen zonder het functionele karakter (de exacte aard van het antigeen waartegen het antilichaam zich richt) te verliezen. (1) Derhalve is nog weinig informatie voorhanden over het gehele repertoire aan potentieel IBD-specifieke antilichamen. Dergelijke antilichamen zouden niet alleen meer (immunologisch) inzicht kunnen geven in het ziekteproces, maar ook potentieel kunnen dienen als biomarkers voor ziekte-uitkomsten van patiënten met IBD.

#### Profilering van het antilichaamrepertoire bij patiënten met IBD

Met behulp van een techniek genaamd *phage-display immunoprecipitation sequencing* (afgekort tot PhIP-Seq) hebben we het antilichaamrepertoire van 497 patiënten met IBD en meer dan 1,300 gezonde individuen uit Noord-Nederland

(Lifelines cohortstudie) in kaart gebracht. Hierbij werden antilichaamresponsen tegen een grote antigeenbibliotheek van 340,000 verschillende eiwitten geanalyseerd waartegen ons immuunsysteem in potentie kan reageren; variërend van bacteriën, virussen en bacteriofagen tot aan voedselcomponenten en lichaamseigen eiwitten (auto-antigenen). PhIP-Seq is gebaseerd op synthetische peptiden die geïntegreerd en gepresenteerd worden in bacteriofagen, die vervolgens in contact worden gebracht met humaan bloed waarna antigeen-antilichaambinding optreedt met de in het bloed aanwezige reactieve antilichamen (zie *Figuur 1*). (2)

#### Bevindingen

Enkele honderden unieke antilichaamresponsen werden aangetroffen bij patiënten met IBD in vergelijking tot gezonde individuen. Met name werd een opvallend patroon waargenomen bij patiënten met de ziekte van Crohn, waarbij een variëteit aan antilichamen tegen bacteriële flagellines (de 'staartjes' van bepaalde bacteriën) werd gevonden en dan voornamelijk bij patiënten met een gecompliceerder en agressiever ziektebeloop. Het unieke van dit antilichaam-

patroon werd nogmaals bevestigd door aan te tonen dat patiënten met IBD zeer nauwkeurig konden worden onderscheiden van gezonde individuen met slechts een kleine selectie (top tien) van de geanalyseerde antilichamen (*Figuur 2*). Naast antibacteriële antilichaamresponsen werden ook unieke antilichamen gezien gericht tegen bepaalde virussen (bijv. Epstein-Barr virus), voedsel-eiwitten (bijv. tarwe) en autoantigenen (bijv. collageen type IV). De belangrijkste antilichaamresponsen die werden gezien, konden ook met behulp van een conventionele techniek (peptide-ELISA) worden gevalideerd.

#### Conclusie en implicaties voor de toekomst

IBD wordt gekenmerkt door de aanwezigheid van een groot aantal afwijkende antilichaamreacties die nauwelijks bij gezonde individuen worden aangetroffen. Patiënten met de ziekte van Crohn – met name die een gecompliceerder ziektebeloop hebben – vertonen een variëteit aan antilichaamreacties gericht tegen bacteriële flagellines. De uitgebreide profilering van het antilichaamrepertoire zoals is verricht in dit onderzoek geeft meer inzicht in de immunologische

reactiviteit bij IBD blijvend uit de aanzienlijke variatie aan antilichaamreacties. Specifieke antilichaamresponsen zouden in de toekomst kunnen worden ingezet als diagnostica of als voorspellers voor het toekomstig ziektebeloop en voor behandeluitkomsten van patiënten met IBD.

#### Referenties

- (1) Bourgonje AR, Vogl T, Segal E, et al. Antibody signatures in inflammatory bowel disease: current developments and future applications. *Trends Mol Med* 2022;S1471-4914(22)00112-5. doi: 10.1016/j.molmed.2022.05.004.
- (2) Vogl T, Klompus S, Leviatan S, et al. Population-wide diversity and stability of serum antibody epitope repertoires against human microbiota. *Nat Med* 2021;27(8):1442-1450.



## DDD SCIENCE 2

### Impact van verlengde uitnodigingsintervallen op screngedetecteerde en intervalkankers binnen het bevolkingsonderzoek darmkanker

*Toes-Zoutendijk E, de Jonge L, van Iersel CA, Spaander MCW, van Vuuren AJ, van Kemenade F, Ramakers CR, Dekker E, Nagetaal ID, van Leerdam ME, Lansdorp-Vogelaar I. Impact of delayed screening invitations on screen-detected and interval cancers in the Dutch colorectal cancer screening programme: individual-level data analysis. Gut. 2023 Jul;72(7):1319-1325. doi: 10.1136/gutjnl-2022-328559. PMID: 37076272.*

Nederlandse samenvatting door:

Dr. Esther Toes-Zoutendijk, epidemioloog en drs. Lucie de Jonge, promovendus, Afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg Erasmus MC.

#### Achtergrond

De meeste bevolkingsonderzoeken naar kanker werden tijdelijk stilgelegd tijdens de COVID-19 pandemie. Dit was duidelijk zichtbaar door een daling in de kankerincidentie in 2020 in vergelijking met 2019. Modelstudies hadden voorspeld dat een korte verlenging (d.w.z. <3 maanden) een mi-

nimale impact zou hebben op de lange termijn-effecten van het bevolkingsonderzoek. In deze studie is de impact van de verlengde uitnodigingsintervallen op screen-gedetecteerde en intervalkankers binnen het bevolkingsonderzoek darmkanker geëvalueerd.

#### Methode

Alle personen die in 2017 en 2018 een negatieve FIT hadden en in 2019 en 2020 in aanmerking kwamen voor het bevolkingsonderzoek darmkanker werden geïnccludeerd in de studie. Multivariate logistische regressieanalyses werd gebruikt om de associatie tussen de lengte van het uitnodigingsinterval en het aantal screen-gedetecteerde en intervalkankers te analyseren.

#### Bevindingen

De verlenging van het uitnodigingsinterval was gemiddeld 72,4 dagen, met het langste uitnodigingsinterval van 807,2 (sd 49,8) dagen in de periode na de COVID-19-golf en het



valkankerrisico was niet hoger bij een verlengd uitnodigingsinterval dan met een regulier uitnodigingsinterval. Dit werd bevestigd in de logistische regressieanalyse, waaruit bleek dat de lengte van het uitnodigingsinterval niet significant geassocieerd was met het hebben van een intervalkanker. Echter, hoewel de risico's niet significant verschilden, werden er van alle intervalkankers 84 (5,4%) voorbij de 25 maanden na de vorige negatieve FIT gediagnosticeerd. Met andere woorden, 0,004% van alle personen met een negatieve FIT had een intervalkanker voorbij het reguliere uitnodigingsinterval van 24 maanden en had potentieel voorkomen kunnen worden als het uitnodigingsinterval niet was verlengd.

#### Conclusie en implicaties voor de toekomst

De impact van de eerste COVID-19-golf op de opbrengst van het bevolkingsonderzoek was bescheiden. Een zeer klein deel van de personen met een negatieve FIT had een intervalkanker als gevolg van een verlengd uitnodigingsinterval, wat mogelijk voorkomen had kunnen worden als ze de uitnodiging eerder hadden ontvangen. Desalniettemin werd er geen toename in het intervalkancercijfer waargenomen, wat aangeeft dat een verlengd uitnodigingsinterval tot 30 maanden geen negatieve invloed had op de prestaties van het bevolkingsonderzoek darmkanker. Uit dit onderzoek

blijkt dat bij toekomstige problemen die leiden tot beperkte colonoscopiecapaciteit, een bescheiden verlenging van het uitnodigingsinterval tot 30 maanden een passende interventie kan zijn.

#### Referenties

Toes-Zoutendijk E, Vink G, Nagtegaal ID, Spaander MCW, Dekker E, van Leerdam ME, et al. Impact of COVID-19 and suspension of colorectal cancer screening on incidence and stage distribution of colorectal cancers in the Netherlands. *Eur J Cancer*. 2022;161.

de Jonge L, Worthington J, van Wifferen F, Iragorri N, Peterse EFP, Lew J Bin, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on faecal immunochemical test-based colorectal cancer screening programmes in Australia, Canada, and the Netherlands: a comparative modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2021;6(4).



## PhD Netwerk

In de NVGE PhD netwerk rubriek houden we jullie op de hoogte van de ontwikkelingen en activiteiten van het PhD netwerk. In deze editie delen wij graag de uitkomsten van onze sessies over duurzamer onderzoek doen en onderzoek naar duurzaamheid tijdens de afgelopen DDD.

Wist je dat één colonoscopie zorgt voor 60 kg CO<sub>2</sub>-uitstoot? Dat is één van de bevindingen uit het onderzoek naar de milieu impact van zorgtrajecten door Tim Stoberneck, postdoc uit het Radboud UMC. De zorgsector is verantwoordelijk voor circa 7% van de totale CO<sub>2</sub>-uitstoot in Nederland. Energiegebruik van gebouwen, geneesmiddelen en reisbewegingen van patiënten en zorgmedewerkers leveren de grootste

bijdrage aan deze milieuoetafdruk. In de afbeelding is te zien wat bijdraagt aan de CO<sub>2</sub>-uitstoot van een colonoscopie in het Radboud UMC (onderzocht door Paulina Lämmer), waarbij transport met een bijdrage van 76,48% ook bij colonoscopieën duidelijk de grootste boosdoener is.

Milieuvervuiling is niet alleen slecht voor onze planeet, maar ook voor de (gastro-enterologische) gezondheid. Zo liet MDL-arts Marjolijn Duijvestein tijdens onze sessie zien dat er aanwijzingen zijn voor een verband tussen microplastics en inflammatoire darmziekten.

Om als onderzoekers direct meer handvatten te verkrijgen voor het duurzamer uitvoeren van ons werk, organiseerden we aanvullend een interactieve Meet the Expert sessie met Merel Leisink van *Green Care Academy*. In navolging op de top 10 duurzaamheidsinterventies voor MDL-artsen, die eerder

#### Top 10 Duurzaamheidsinterventies voor onderzoekers

- Duurzaamheid opnemen als onderdeel van het studieprotocol
- Onderzoeksgelateerde bezoeken van patiënten zoveel mogelijk op één dag plannen (reisbewegingen beperken)
- Proefschrift in beperkte oplage afdrukken (meer digitaal aanbieden)
- Thuiswerkplekken faciliteren om reisbewegingen te beperken
- Freezer Challenge: biobank vriezers minder koud zetten (van -80 naar -70 °C)
- Treinreizen naar congressen stimuleren
- Vegetarische catering bij bijeenkomsten als standaard instellen
- Minder 'meten = weten': kritisch beoordelen welke diagnostiek noodzakelijk is binnen het onderzoek
- Papierwerk digitaliseren (patiëntinformatieformulier digitaal versturen, studielogs digitaal bijhouden en ondertekenen)
- Energieverbruik verminderen (minder onnodige e-mails sturen, lichten en computers tijdig uitzetten)

is gepubliceerd in de MAGMA, zijn wij tijdens deze sessie met de deelnemers tot een top 10 duurzaamheidsinterventies voor onderzoekers gekomen. Hierbij ging de voorkeur uit naar interventies met hoge impact in combinatie met hoge haalbaarheid.

Geïnspireerd geraakt door de top 10? Wij zouden alle onderzoekers willen adviseren om na te gaan hoe jullie deze interventies zelf kunnen gaan toepassen in de dagelijkse praktijk om zo ook ons onderzoek duurzamer uit te voeren!

Heb je vragen/ideeën over de doelen van het PhD netwerk? Of interesse om lid te worden? Aarzel niet om contact met ons op te nemen via [nvgephdbestuur@gmail.com](mailto:nvgephdbestuur@gmail.com)!

#### Bestuur NVGE PhD netwerk

Ayla Thijssen, voorzitter, Maastricht UMC+  
 Querijn van Bokhorst, secretaris, Amsterdam UMC  
 Elsa van Liere, commissaris extern, Amsterdam UMC  
 Anke Onnekink, commissaris communicatie, Leids UMC  
 Elyke Visser, commissaris communicatie, Franciscus Gasthuis & Vlietland



EMA goedgekeurd

omvoh<sup>®</sup>  
mirikizumab

Houd mij  
op de  
hoogte



# DE EERSTE IL23P19-INHIBITOR VOOR COLITIS ULCEROSA<sup>1</sup>

Omvoh is geïndiceerd voor de behandeling van volwassen patiënten met matig tot ernstig actieve colitis ulcerosa die onvoldoende hebben gereageerd op, of intolerant waren voor conventionele therapie of een biologische behandeling.

<sup>1</sup> Omvoh Summary of Product Characteristics.  
Voor de verkorte productinformatie zie elders in deze uitgave.  
PP-MR-NL-0025 © 2023 Eli Lilly and Company. All rights reserved.

Lilly

MLDS

maag  
lever  
darm  
stich-  
ting

N V G E

25



## Mooie opbrengst MLDS Zuiderzee Klassieker

Zaterdag 9 september jl. was het zover: de Zuiderzee Klassieker. Het jaarlijkse fietsevenement van de Maag Lever Darm Stichting om geld op te halen voor meer onderzoek naar spijsverteringsziekten. Ruim 300 fietsers gingen van start vanuit topsportlocatie Omnisport in Apeldoorn.

Het was een geweldige dag boordevol indrukwekkende verhalen. Iedereen op de fiets was er voor zijn of haar persoonlijke doel. Hartverwarmend hoe iedereen in actie is gekomen

en diep respect voor de prestaties die zijn geleverd. En dat bij een tropische temperatuur!

Patiënten, nabestaanden en ook teams uit verschillende ziekenhuizen deden mee. Onder anderen van het AmsterdamUMC en van ziekenhuis St Jansdal uit Harderwijk. Dankzij de inzet van alle deelnemers, sponsors, vrijwilligers en medewerkers hebben we de Zuiderzee Klassieker afgesloten met een fantastische opbrengst van € 102.730,-.

## Een miljoen voor onderzoek naar vroege opsporing van spijsverteringsziekten

De Maag Lever Darm Stichting (MLDS) investeert ruim 1 miljoen in vier veelbelovende onderzoeken gericht op de vroege opsporing van spijsverteringsziekten. Veel spijsverteringsziekten zijn beter te behandelen als ze eerder worden ontdekt. De vier onderzoeken vallen binnen de subsidie 'Right on Time', jaargang 2023-2024. Dit jaar ligt de focus op de thema's slokdarmkanker, darmkanker, onbegrepen spijsverteringsklachten en het darmmicrobioom.

De vier onderzoeken hebben allemaal een specifieke onderzoeksvraag. Wat is het verband tussen het ontstaan van dikke darmkanker bij jonge mensen en leefstijl, tumor DNA en darmbacteriën? Wanneer is een DNA-fout onschuldig en wanneer kan het de kans op dikke darmkanker vergroten?

Waarom is het darmmicrobioom van iemand met het Prikkelbaar Darm Syndroom (PDS) anders dan dat van iemand zonder PDS? En hoe kan de opvolging van een succesvolle endoscopische behandeling van een Barrett slokdarm beter geregeld worden, om te voorkomen dat er alsnog slokdarmkanker ontstaat?

Meer informatie via: <https://www.mlds.nl/nieuws/een-miljoen-voor-onderzoek-naar-vroege-opsporing-van-spijsverteringsziekten/>



**Verkorte productinformatie OMVOH® - Naam en farmaceutische vorm:** Omvoh 300 mg concentraat voor oplossing voor infusie  
**Omvolp** voor infusie, Omvoh 100 mg oplossing voor injectie in een voorgevulde pen. **Samenstelling:** Elke injectieflacon met Omvoh 300 mg concentraat voor oplossing voor infusie bevat 300 mg mirikizumab in 15 ml oplossing (20 mg/ml). Na verdunning is de uiteindelijke concentratie ongeveer 1,2 mg/ml tot ongeveer 6 mg/ml. Elke voorgevulde pen met Omvoh 300 mg concentraat voor oplossing voor infusie bevat 100 mg mirikizumab in 1 ml oplossing. **Farmacotherapeutische groep:** Immunosuppressiva, anteleukineremmers. **ATC-code:** L04AC24. **Indicaties:** Omvoh is geïndiceerd voor de behandeling van volwassen patiënten met matig tot ernstig actieve colitis ulcerosa die onvoldoende hebben gereageerd op, niet meer reageren op, of intolerant waren voor conventionele therapie of een biologische behandeling. **Dosering:** Dit geneesmiddel is bedoeld voor gebruik onder begeleiding en toezicht van een arts die ervaring heeft met de diagnose en behandeling van colitis ulcerosa. Het aanbevolen doseringsschema voor mirikizumab bestaat uit 2 delen. Omvoh 300 mg concentraat voor oplossing voor infusie mag alleen worden gebruikt voor de inductiedosering. Omvoh 100 mg oplossing voor injectie mag alleen worden gebruikt voor de subcutane onderhoudsdoseringen. **Inductiedosering:** De inductiedosering is 300 mg via intraveneuze infusie gedurende ten minste 30 minuten in week 0, 4 en 8. **Onderhoudsdosering:** De onderhoudsdosering is 200 mg (d.w.z. twee voorgevulde spuiten of twee voorgevulde pennen) via subcutane injectie na voltooiing van de inductiedosering elke 4 weken. Zie voor meer informatie de geregistreerde SmPC-tekst. **Wijze van toediening:** Omvoh 300 mg concentraat voor oplossing voor infusie is uitsluitend bestemd voor intraveneus gebruik. Elke injectieflacon is uitsluitend voor eenmalig gebruik. Omvoh 100 mg oplossing voor injectie in een voorgevulde pen is uitsluitend voor subcutane injectie. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof(en) of voor een van de hulpstoffen. Klinisch belangrijke actieve infecties (actieve tuberculose). **Waarschuwingen:** Overgevoeligheidsreacties: Als er een ernstige overgevoeligheidsreactie, waaronder anafylaxie, optreedt, moet mirikizumab onmiddellijk worden stopgezet en moet er een passende behandeling worden gestart. **Infecties:** Mirikizumab kan het risico op ernstige infectie verhogen. De behandeling met mirikizumab mag niet worden gestart bij patiënten met een klinisch belangrijke actieve infectie totdat de infectie verdwenen is of voldoende behandeld. Patiënten moeten worden geïnstrueerd om medisch advies in te winnen als zich tekenen of symptomen van een klinisch belangrijke acute of chronische infectie voordoen. Als zich een ernstige infectie ontwikkelt, moet worden overwogen de behandeling met mirikizumab stop te zetten totdat de infectie verdwenen is. **Evalueer voortgaand aan de behandeling voor tuberculose:** Voordat de behandeling wordt gestart, moeten patiënten worden onderzocht op tuberculose. Patiënten die mirikizumab krijgen, moeten tijdens en na de behandeling worden gecontroleerd op tekenen en symptomen van actieve tuberculose. **Verhoogde leverenzymen:** Leverenzymen en bilirubine moeten worden geëvalueerd bij baseline en maandelijks tijdens de inductie (waaronder verlengde inductieperiode, indien van toepassing). Daarna moeten de leverenzymen en bilirubine worden geëvalueerd (elke 1 – 4 maanden) volgens de professionele standaard voor behandeling van patiënten en zoals klinisch geïndiceerd. **Vaccinaties:** Voordat met de behandeling met mirikizumab wordt gestart, wordt het volstaan van alle relevante vaccinaties aanbevolen in overstemming met de laatste vaccinatielijst. Vermijd het gebruik van levende vaccins bij patiënten die worden behandeld met mirikizumab. **Bijwerkingen:** Vaak ( $\geq 1/100$  tot  $< 1/10$ ): bovenste-luchtweginfecties, atralgie, hoofdpijn, rash, injectieplaatsreacties. Soms ( $\geq 1/1000$  tot  $< 1/100$ ): herpes zoster, infusiereactie, overgevoeligheidsreactie, infusieplaatsreacties, verhoogde alanineaminotransferase, verhoogde aspartaataminotransferase. **Bewaring:** Bewaren in de koelkast (2°C – 8°C). Niet in de vriezer bewaren. Bewaar de injectieflacon in de buitenverpakking ter bescherming tegen licht. Bewaren in de oorspronkelijke verpakking ter bescherming tegen licht. **Aflevering:** U.R. Prijzen en vergoeding: Zie Z-index. **Meer informatie:** Zie de geregistreerde SmPC-tekst. Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, telefoon 030-6025800. **Datum:** mei 2023.

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Daardoor kan snel nieuwe veiligheidsinformatie worden vastgesteld. Berooepsbeoefenaren in de gezondheidszorg worden verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden.

Lilly

omvoh®  
mirikizumab

**Verkorte SPC-tekst Yaldigo 1600 mg**, tabletten met gereguleerde afgifte. **KWALITEITVEE EN KWANTITEITVEE SAMENSTELLING:** Elke tablet met gereguleerde afgifte bevat 1600 mg mesalazine. **THERAPEUTISCHE INDICATIES:** Colitis ulcerosa. Voor de behandeling van milde tot matig acute vormen. Voor het voorkomen van recidieven. **CONTRA-INDICATIES:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de in rubriek 6.1 vermelde hulpstoffen. **Ernstige leverinsufficiëntie:** Ernstige leverinsufficiëntie (bilirubine  $> 3$  mg/dl). **BLIJZENDE WAARSCHUWINGEN EN VOORZORGEN BIJ GEBRUIK:** Bloedstelsel (differentiële aantallen bloedcellen, leverfunctieparameters zoals ALT of ASAT, serum creatinine) en urinestelsel (opstoksel moeten geëvalueerd worden voor en tijdens de behandeling, volgens het oordeel van de behandelende arts. Als richtlijn wordt aanbevolen om opvolgingstest uit te voeren 14 dagen na het begin van de behandeling, en vervolgens 2 tot 3 testen met een tussenperiode van 4 weken. Als de resultaten normaal zijn, moeten elke drie maanden opvolgingstest gehouden worden. Als bijkomende symptomen optreden, moeten de tests onmiddellijk uitgevoerd worden. Verminderde nierfunctie: Yaldigo mag niet gebruikt worden bij patiënten met verminderde nierfunctie. Bij patiënten die nierinsufficiëntie ontwikkelen tijdens de behandeling, moet men denken aan mesalazine-geïnduceerde nefrotokxiciteit, en dan moet de behandeling onmiddellijk gestopt worden. Het is aanbevolen dat de nierfunctie gecontroleerd wordt voor en herhaaldelijk tijdens een behandeling met Yaldigo. **Middelbaar:** Bij gebruik van mesalazine zijn gevallen van nefrotokxiciteit inclusief stenose met een mesalazine-gehalte van 100%. Er wordt aangeraden om tijdens de behandeling voor voldoende vochtinname te zorgen. **Lichtvoorzichtigheid:** Mesalazine kan een roodbruine verkleuring van de urine veroorzaken en contact met natiumhypochloriet bevallend bleekendok (bijv. in baden) die worden gemiddeld. **Ernstige bijwerkingen van de huid:** Er zijn ernstige bijwerkingen van de huid zoals geneesmiddelenreactie met eosinofiele en systemische symptomen (DRESS), Stevens-Johnson-syndroom (SJS) en toxische epidermale necrolyse (TEN) gemeld in verband met de behandeling met mesalazine. De behandeling met mesalazine moet worden gestaakt bij tekenen en symptomen van ernstige huidreacties, zoals huiduitslag, lasies van de slijmvliezen of andere tekenen van overgevoeligheid. **Bloedzetting:** Zeer zelden is er ernstige bloedzetting gemeld. De behandeling met Yaldigo dient **gecontraïndiceerd** te worden als er vermoedens of bewijs van bloedzetting zijn (tekenen van overmatige bloedingen, kneuzingen, purpura, bloederige, aanhoudende koort of teelstenen) en de patiënt moet onmiddellijk medisch advies vragen. **Verminderde leverfunctie:** Er is melding gemaakt van verhoogde niveaus van leverenzymen bij patiënten die Yaldigo formuleren namen. Voorzichtigheid is geboden als Yaldigo wordt toegediend aan patiënten met een verminderde leverfunctie. **Cardiale overgevoeligheidsreacties:** Mesalazine-geïnduceerde overgevoeligheidsreacties (myo- en pericarditis) zijn met Yaldigo zelden gemeld. In geval van een vermoedelijke cardiale overgevoeligheid, mag Yaldigo niet opnieuw worden geïnduceerd. **Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met vroegere myo- of pericarditis van allergische achtergrond, ongeacht de oorsprong ervan. Longaandoening:** Longaandoening is geboden bij patiënten met vroegere astma, moeten zeer zorgvuldig gecontroleerd worden tijdens de behandeling met Yaldigo. **Overgevoeligheid voor sulfasalazine:** Bij patiënten met een voorgeschiedenis van bijwerkingen ten gevolge van sulfasalazine, moet de behandeling gebouwen onder strikte medische opvoeding. In geval van acute intolerantiereducties zoals buikkrampen, acute buikpijn, koorts, ernstige hoofdpijn en huiduitslag, moet de behandeling onmiddellijk worden gestopt. **Misgebruik en duodenale ulcera:** Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met actieve maag- en duodenale ulcerales. **Yaldigo bevat natrium:** Dit middel bevat minder dan 1 mmol natrium (23 mg) per tablet, dat wil zeggen dat het in wezen 'natriumvrij' is. **Opmerking:** Yaldigo moet met voorzichtigheid worden gebruikt bij ouderen; het mag alleen worden toegediend aan patiënten met een normale lever- of nierfunctie of milde tot matig lever- of nierinsufficiëntie (zie rubriek 4.3). **Pediatrische patiënten:** Er is slechts beperkte documentatie over een effect bij kinderen, zie rubriek 4.2. **SKP: BIJWERKINGEN:** a) **Samenvatting van het veiligheidsprofiel:** Organen specifieke bijwerkingen met invloed op het hart, de longen, de lever, de nieren, de pancreas, de huid en subcutaan weefsel zijn gerapporteerd. Hoofdpijn (1,7%), hernutatie (1,7%), buikpijn (1,5%), urticairite colitis (1,5%) en proctitis (1,5%) zijn de meest voorkomende product gerelateerde bijwerkingen in het klinische ontwikkelingsprogramma. De behandeling moet onmiddellijk worden gestopt als er acute symptomen van intolerantie optreden, zoals buikkrampen, acute buikpijn, koorts, ernstige hoofdpijn en uitlag. Er zijn ernstige bijwerkingen van de huid gemeld in verband met de behandeling met mesalazine, zoals geneesmiddelenreactie met eosinofiele en systemische symptomen (DRESS), Stevens-Johnson-syndroom (SJS) en toxische epidermale necrolyse (TEN) (zie rubriek 4.4 SJP). b) **Samenvatting van de bijwerkingen:** Bijwerkingen die zijn gerapporteerd uit klinische studies en andere bronnen zijn hieronder vermeld: Vaak ( $\geq 1/100$  -  $< 1/10$ ), Soms ( $\geq 1/1000$  -  $< 1/100$ ), zelden ( $< 1/10000$  -  $< 1/100000$ ), niet bekend (kan niet te beschrijven gegevens niet worden bepaald). **Bloed- en lymfateselsaandoeningen:** Eosinofiele reactie (zelden), Afwijking leverfunctie (aplastische anemie, agranulocytose, pancytopenie, neutropenie, leukopenie, trombocytopenie). **Zenuwstelselaandoeningen:** Parasthesie (soms), Hoofdpijn, duizeligheid (zelden), Perifere neuropathie (zelden), **Harstanoedingen:** Myocarditis, pericarditis. **Ademhalingsstelsel-, borstkas- en mediastinumaandoeningen:** Allergische of fibrotische longreacties (zoals dyspnoe, hoest, bronchospasme, alveolitis, pulmonale eosinofilie, longfibrose, pneumonitis). **Maagdarmsstelselaandoeningen:** Buikpijn, diarree, Constipatie, misselijkheid, braken, verstopping. **Nier- en urinewegsandaeningen:** Nierfunctiebeperking, zoals acute en chronische interstitiële nefritis en nierinsufficiëntie. **Huid- en onderhuidsandaeningen:** Lichtvoeligheid. **Allopica**. **Stevens-Johnson-syndroom (SJS), toxische epidermale necrolyse (TEN),** geneesmiddelenreactie met eosinofiele en systemische symptomen (DRESS) (niet bekend). **Skeletstelsel- en binweefselandaeningen:** Myalgie, atralgie (zelden), Lichamelijk syndroom met pericarditis en myocarditis als prominente symptomen met of zonder gewrichtspijn (niet bekend). **Nier- en urinewegsandaeningen:** Verminderde nierfunctie inclusief acute en chronische interstitiële nefritis en nierinsufficiëntie, nefrotisch syndroom, nefrotische van het ontkennbaar kan een nefrotische reactie veroorzaken. **Algemeen aandoeningen en toedieningsplaatsreacties:** Pyrexie, pijn op de borst (soms), Intolerantie voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. **Overgevoeligheidsreacties:** Overgevoeligheidsreacties zoals allergisch exanthem, geneesmiddelenreactie met eosinofiele en systemische symptomen (DRESS). **Lever- en galblaasandaeningen:** Veranderde leverfunctieparameters (verhoging van transaminasen en parameters van cholestase), hepatitis, cholelithiasische hepatitis. **Voorplantingsstelsel- en hormonaalandaeningen:** Dysgametie (onverklaarbaar). **Op de ernstige bijwerkingen van de huid ermeldt in verband met de behandeling met mesalazine, zoals geneesmiddelenreactie met eosinofiele en systemische symptomen (DRESS), Stevens-Johnson-syndroom (SJS) en toxische epidermale necrolyse (TEN), Lichtvoeligheid, Stevens-Johnson-syndroom (SJS) en toxische epidermale necrolyse (TEN),** geneesmiddelenreactie met eosinofiele en systemische symptomen (DRESS), Stevens-Johnson-syndroom (SJS) en toxische epidermale necrolyse (TEN), Lichtvoeligheid, Stevens-Johnson-syndroom (SJS) en toxische epidermale necrolyse (TEN), geneesmiddelenreactie met eosinofiele en systemische symptomen (DRESS). Het is belangrijk om na toediening van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Berooepsbeoefenaren in de gezondheidszorg worden verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via de meldingsroute bijwerkingen Centrum Lare, Wilhelmina-apotheken.nl. **NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:** Tiltilts Pharma GmbH, Warmbacher Str. 80, 79618 Rheinfelden, Duitsland. **NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:** RVC 120637. **AFLEVERINGSWIJZE:** U.R. **FARMACOTHERAPEUTISCHE GROEP:** intestinale anti-inflammatoire stoffen. **ATC-code:** A07EC02. **DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST:** 9 juni 2023.

Tiltilts Pharma France & Benelux  
40-48 Rue Cambon - 75001 Paris  
TEL: + 33 1 55 07 97 40  
20231009.NL.PRO.YAL.KIU.025 - Laatste wijziging: oktober 2023ZERIA GROUP  
TILLOTTS PHARMA**Verkorte Productinformatie Jyseleca**

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. **SAMENSTELLING:** elke filmomhulde tablet bevat filgotinibmaaat, overeenkomend met 100 of 200 mg filgotinib. Elke filmomhulde tablet van 100 mg bevat 76 mg lactose (als monohydraat). Elke filmomhulde tablet van 200 mg bevat 152 mg lactose (als monohydraat). **INDICATIES:** Rheumatoïde artritis. **Jyseleca** is geïndiceerd voor de behandeling van matige tot ernstige reumatoïde artritis bij volwassen patiënten die onvoldoende hebben gereageerd op, of de intolerant zijn voor of meer disease modifying antirheumatic drugs (DMARD's). **Jyseleca** kan worden gebruikt als monotherapie of in combinatie met methotrexaat (MTX). **Colitis ulcerosa:** **Jyseleca** is geïndiceerd voor de behandeling van volwassen patiënten met matige tot ernstige actieve colitis ulcerosa die onvoldoende hebben gereageerd op, niet hebben gereageerd op of de intolerant waren voor conventionele therapie of een biologisch. **CONTRA-INDICATIES:** overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. Actieve tuberculose (tbc) of actieve ernstige infecties. Zwangerschap. **BIJWERKINGEN WAARSCHUWINGEN EN VOORZORGEN BIJ GEBRUIK:** Filgotinib dient alleen te worden gebruikt als er geen geschikte behandelingsalternatieven beschikbaar zijn voor patiënten: "van 65 jaar en ouder"; met een voorgeschiedenis van een atherosclerotische cardiovasculaire ziekte of andere cardiovasculaire risicofactoren (zoals patiënten die roken of in het verleden langdurig hebben gerookt); met risicofactoren voor maligniteit (bijv. huidige maligniteit of een voorgeschiedenis van maligniteit); immunosuppressieve geneesmiddelen; De combinatie van filgotinib met andere krachtige immunosuppressiva zoals ciclosporine, tacrolimus, biologische of andere JAK-kinaseremmers (JAK-remmers) wordt niet aanbevolen, omdat een risico op additieve immunosuppressie niet kan worden uitgesloten. **Infecties:** Voordat filgotinib wordt ingesteld, moeten de risico's en voordelen van behandeling worden overwogen bij patiënten: "met chronische of recidiverende infecties"; die blootgesteld zijn geweest aan tbc; "met een voorgeschiedenis van een ernstige of opportunistische infectie"; die hebben verbleven of gereisd in gebieden met endemische tbc of endemische mycosen; "met onderliggende aandoeningen die hen vatbaar kunnen maken voor infectie. Patiënten moeten tijdens en na behandeling met filgotinib nauwlettend worden gecontroleerd op het ontstaan van tekenen en symptomen van infecties. Als er tijdens behandeling met filgotinib een infectie ontstaat, moet de patiënt zorgvuldig worden gecontroleerd en moet de behandeling met filgotinib tijdelijk worden onderbroken als de patiënt niet reageert op standaard antimicrobiële therapie. De behandeling met filgotinib kan worden herstart zodra de infectie onder controle is. Omdat de mortaliteit van infecties bij ouderen en in diabetische populaties over het algemeen al verhoogd is, moeten ouderen en patiënten met diabetes met voorzichtigheid worden behandeld. Bij patiënten van 65 jaar en ouder dient filgotinib alleen te worden gebruikt als er geen geschikte behandelingsalternatieven beschikbaar zijn voor patiënten. Tuberculose: Filgotinib mag niet aan patiënten met actieve tbc worden toegediend. Bij patiënten met latente tbc moet de standaard antimycobacteriële therapie worden gestart voordat filgotinib wordt toegediend. Patiënten dienen te worden gecontroleerd op de ontwikkeling van tekenen en symptomen van tbc, ook patiënten met een negatieve test voor latente tbc-infectie vóórtoegang aan het starten van de behandeling. Virale reactivering: Als een patiënt herpes zoster krijgt, moet de behandeling met filgotinib tijdelijk worden onderbroken tot de episode verdwijnt. **Voorafgaand aan en tijdens behandeling met filgotinib moet screening op virale hepatitis en controle op reactivering volgens de klinische richtlijnen worden uitgevoerd.** Maligniteit: Lymfoom en andere maligniteiten zijn gemeld bij patiënten die JAK-remmers, waaronder filgotinib, krijgen. In een groot gerandomiseerd onderzoek met actieve controle naar tofacitinib (een andere JAK-remmer) bij patiënten met reumatoïde artritis van 50 jaar en ouder met ten minste één extra cardiovasculaire risicofactor werd een hoger percentage van maligniteiten, met name longkanker, lymfoom en niet-melanoom huidkanker (NMSC, non-melanoma skin cancer) waargenomen met tofacitinib vergeleken met TNF-remmers. Bij patiënten van 65 jaar en ouder, bij patiënten die roken of langdurig gerookt hebben, of patiënten met andere risicofactoren voor maligniteit (bijv. huidige maligniteit of geschiedenis van maligniteit), dient filgotinib alleen te worden gebruikt als er geen geschikte behandelingsalternatieven beschikbaar zijn. Niet-melanoom huidkanker: NMSC's zijn gemeld bij patiënten die met filgotinib werden behandeld. Periodiek huidonderzoek wordt aanbevolen voor alle patiënten, vooral voor degenen met een verhoogd risico op huidkanker. Hematologische afwijkingen: De behandeling mag niet worden gestart of moet tijdelijk worden onderbroken bij patiënten met een ANC van  $< 1 \times 10^9$  cellen/l, een ALC van  $< 0,5 \times 10^9$  cellen/l of hemoglobine  $< 8$  g/dl dat tijdens de routinebehandeling van de patiënt werd waargenomen. **Vaccinaties:** Het gebruik van levende vaccins tijdens of onmiddellijk vóórtoegang aan behandeling met filgotinib wordt niet aanbevolen. **Lipiden:** Behandeling met filgotinib ging gepaard met fosfolipidemie stijgingen van de lipidenparameters. Het effect van deze verhogingen in lipidenparameters op cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit is niet vastgesteld. **Ernstige roodrigte cardiovasculaire voorvallen (MACE):** Bij patiënten die filgotinib innamen, zijn voorvallen van MACE gemeld. Daarom dient filgotinib niet te worden gebruikt bij patiënten die roken of langdurig gerookt hebben en patiënten met een geschiedenis van een atherosclerotische cardiovasculaire ziekte of andere cardiovasculaire risicofactoren, alleen te worden gebruikt als er geen geschikte behandelingsalternatieven beschikbaar zijn. **Veneuze trombo-embolie (VTE):** Bij patiënten die JAK-remmers, waaronder filgotinib, krijgen, zijn voorvallen van diepe veneuze trombose (DVT) en longembolie (PE, pulmonary embolism) gemeld. Bij patiënten met cardiovasculaire risicofactoren of risicofactoren voor maligniteit dient filgotinib alleen te worden gebruikt als er geen geschikte behandelingsalternatieven beschikbaar zijn. Bij patiënten met andere bekende risicofactoren voor VTE, patiënten met andere bekende cardiovasculaire risicofactoren of risicofactoren voor maligniteit zijn onder andere eerdere VTE, patiënten met een zware operatiegeschiedenis, immobielheid, immobiel gebruik van gecombineerde hormonale anticonceptiva of hormoontherapie, erfelijke coagulatieaandoening. Patiënten dienen tijdens de behandeling met filgotinib periodiek opnieuw te worden geëvalueerd om te beoordelen of er veranderingen zijn in het risico op VTE. Patiënten met tekenen en symptomen van VTE moeten direct geëvalueerd worden en filgotinib moet worden gestaakt bij patiënten met vermeden van VTE, ongeacht de dosis. Gebruik bij patiënten van 65 jaar en ouder: Gezien het verhoogde risico op MACE, maligniteiten, ernstige infecties en mortaliteit ongeacht de oorzaak bij patiënten van 65 jaar en ouder dient filgotinib bij deze patiënten alleen te worden gebruikt als er geen geschikte behandelingsalternatieven beschikbaar zijn. **LIJVEN:** Vaak ( $\geq 1/100$  -  $< 1/10$ ): urticairite, infectie van de bovenste luchtwegen, lymfopenie, lymfopenie, lymfopenie, duizeligheid, nausea. **Soms** ( $\geq 1/1000$  -  $< 1/100$ ): herpes zoster, pneumonie, sepsis, neutropenie, hypercholesterolemie, verhoogd creatinefosfokinase in het bloed. **Zie ook de SmPC.** **FARMACOTHERAPEUTISCHE CATEGORIE:** immunosuppressiva, selectieve immunosuppressiva. **ATC-code:** L04AA5. **ARLBEREIKTAL:** U.R. **PRUIS 2:** VERGOEDING OP VERSTREKking van dit geneesmiddel bestaat aanspraak krachtens en onder de voorwaarden van de Nederlandse Zorgverzekeringwet en de bepalende uitvoeringswetgeving. **VERGUNNING:** EU/1/20/1480/001-002-003-004. **REGISTRATIEHOUDER:** Galapagos NV, Generaal de Wittelaan 111 A3, 2900 Mechelen, België. **LOKALE VERTEGENWOORDIGER:** Galapagos Biopharma, Netherlands B.V., Willem Einthovenstraat 13, 2342 BH Oegstgeest. **DATUM:** Deze tekst is het laatst herzien op 14 maart 2023. Voor de volledige productinformatie zie de geregistreerde Samenvatting van de Productkenmerken op [www.geneesmiddeleninformatiebank.nl](http://www.geneesmiddeleninformatiebank.nl).

Galápagos

Jyseleca®  
filgotinib

**NAAM VAN HET GENEESMIDDEL:** Kiudro 1 g zetpil. **KWALITEITVEE EN KWANTITEITVEE SAMENSTELLING:** Elke zetpil bevat 1 g mesalazine. Voor de behandeling van milde tot matig acute vormen van colitis ulcerosa. **FARMACOTHERAPEUTISCHE CATEGORIE:** Yaldigo. **Zetpil:** Lichte beige, torpvormige zetpil van 33 x 11 mm. **THERAPEUTISCHE INDICATIES:** Behandeling van acute lichte tot matige colitis ulcerosa die is beperkt tot het rectum (colitis proctalis). **CONTRA-INDICATIES:** Kiudro 1 g zetpil is gecontraïndiceerd bij patiënten met bekende overgevoeligheid voor sulfasalazine of voor een van de in rubriek 6.1 vermelde stoffen. **Ernstige leverinsufficiëntie:** Ernstige leverinsufficiëntie (bilirubine  $> 3$  mg/dl). **BLIJZENDE WAARSCHUWINGEN EN VOORZORGEN BIJ GEBRUIK:** Bloedonderzoek (differentiële bloedcellen, leverfunctieparameters zoals ALT of ASAT, serum creatinine) en de urinestelsel (opstoksel moeten geëvalueerd worden voor en tijdens de behandeling, met name tijdens de eerste 14 dagen na het begin van de behandeling, dan nog eens twee tot drie maal met tussenpozen van 4 weken. Als de bevindingen normaal zijn, moeten om de 3 maanden follow-up-testen worden uitgevoerd. Als bijkomende symptomen optreden, deze testen onmiddellijk uitvoeren. **Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met leverinsufficiëntie.** Kiudro 1 g zetpil mag niet worden gebruikt bij patiënten met microscopische Mestazie-geïnduceerde ernstige buikpijn met overgevoeligheidsreacties of bij patiënten met een voorgeschiedenis van bijwerkingen ten gevolge van sulfasalazine, moet de behandeling gebouwen onder strikte medische opvoeding. In geval van acute intolerantiereducties zoals buikkrampen, acute buikpijn, koorts, ernstige hoofdpijn en huiduitslag, moet de behandeling onmiddellijk worden gestopt. **Misgebruik en duodenale ulcera:** Voorzichtigheid is geboden bij patiënten met actieve maag- en duodenale ulcerales. **Yaldigo bevat natrium:** Dit middel bevat minder dan 1 mmol natrium (23 mg) per tablet, dat wil zeggen dat het in wezen 'natriumvrij' is. **Opmerking:** Yaldigo moet met voorzichtigheid worden gebruikt bij ouderen; het mag alleen worden toegediend aan patiënten met een normale lever- of nierfunctie of milde tot matig lever- of nierinsufficiëntie (zie rubriek 4.3). **Pediatrische patiënten:** Er is slechts beperkte documentatie over een effect bij kinderen, zie rubriek 4.2. **SKP: BIJWERKINGEN:** a) **Samenvatting van het veiligheidsprofiel:** Organen specifieke bijwerkingen met invloed op het hart, de longen, de lever, de nieren, de pancreas, de huid en subcutaan weefsel zijn gerapporteerd. Hoofdpijn (1,7%), hernutatie (1,7%), buikpijn (1,5%), urticairite colitis (1,5%) en proctitis (1,5%) zijn de meest voorkomende product gerelateerde bijwerkingen in het klinische ontwikkelingsprogramma. De behandeling moet onmiddellijk worden gestopt als er acute symptomen van intolerantie optreden, zoals buikkrampen, acute buikpijn, koorts, ernstige hoofdpijn en uitlag. Er zijn ernstige bijwerkingen van de huid gemeld in verband met de behandeling met mesalazine, zoals geneesmiddelenreactie met eosinofiele en systemische symptomen (DRESS), Stevens-Johnson-syndroom (SJS) en toxische epidermale necrolyse (TEN) (zie rubriek 4.4 SJP). b) **Samenvatting van de bijwerkingen:** Bijwerkingen die zijn gerapporteerd uit klinische studies en andere bronnen zijn hieronder vermeld: Vaak ( $\geq 1/100$  -  $< 1/10$ ), Soms ( $\geq 1/1000$  -  $< 1/100$ ), zelden ( $< 1/10000$  -  $< 1/100000$ ), niet bekend (kan niet te beschrijven gegevens niet worden bepaald). **Bloed- en lymfateselsaandoeningen:** Eosinofiele reactie (zelden), Afwijking leverfunctie (aplastische anemie, agranulocytose, pancytopenie, neutropenie, leukopenie, trombocytopenie). **Zenuwstelselaandoeningen:** Parasthesie (soms), Hoofdpijn, duizeligheid (zelden), Perifere neuropathie (zelden), **Harstanoedingen:** Myocarditis, pericarditis. **Ademhalingsstelsel-, borstkas- en mediastinumaandoeningen:** Allergische of fibrotische longreacties (zoals dyspnoe, hoest, bronchospasme, alveolitis, pulmonale eosinofilie, longfibrose, pneumonitis). **Maagdarmsstelselaandoeningen:** Buikpijn, diarree, Constipatie, misselijkheid, braken, verstopping. **Nier- en urinewegsandaeningen:** Nierfunctiebeperking, zoals acute en chronische interstitiële nefritis en nierinsufficiëntie. **Huid- en onderhuidsandaeningen:** Lichtvoeligheid. **Allopica**. **Stevens-Johnson-syndroom (SJS), toxische epidermale necrolyse (TEN),** geneesmiddelenreactie met eosinofiele en systemische symptomen (DRESS) (niet bekend). **Skeletstelsel- en binweefselandaeningen:** Myalgie, atralgie (zelden), Lichamelijk syndroom met pericarditis en myocarditis als prominente symptomen met of zonder gewrichtspijn (niet bekend). **Nier- en urinewegsandaeningen:** Verminderde nierfunctie inclusief acute en chronische interstitiële nefritis en nierinsufficiëntie, nefrotisch syndroom, nefrotische van het ontkennbaar kan een nefrotische reactie veroorzaken. **Algemeen aandoeningen en toedieningsplaatsreacties:** Pyrexie, pijn op de borst (soms), Intolerantie voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. **Overgevoeligheidsreacties:** Overgevoeligheidsreacties zoals allergisch exanthem, geneesmiddelenreactie met eosinofiele en systemische symptomen (DRESS). **Lever- en galblaasandaeningen:** Veranderde leverfunctieparameters (verhoging van transaminasen en parameters van cholestase), hepatitis, cholelithiasische hepatitis. **Voorplantingsstelsel- en hormonaalandaeningen:** Dysgametie (onverklaarbaar). **Op de ernstige bijwerkingen van de huid ermeldt in verband met de behandeling met mesalazine, zoals geneesmiddelenreactie met eosinofiele en systemische symptomen (DRESS), Stevens-Johnson-syndroom (SJS) en toxische epidermale necrolyse (TEN), Lichtvoeligheid, Stevens-Johnson-syndroom (SJS) en toxische epidermale necrolyse (TEN),** geneesmiddelenreactie met eosinofiele en systemische symptomen (DRESS), Stevens-Johnson-syndroom (SJS) en toxische epidermale necrolyse (TEN), geneesmiddelenreactie met eosinofiele en systemische symptomen (DRESS). Het is belangrijk om na toediening van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Berooepsbeoefenaren in de gezondheidszorg worden verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via de meldingsroute bijwerkingen Centrum Lare, Wilhelmina-apotheken.nl. **NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:** Tiltilts Pharma GmbH, Warmbacher Str. 80, 79618 Rheinfelden, Duitsland. **NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:** RVC 120637. **AFLEVERINGSWIJZE:** U.R. **FARMACOTHERAPEUTISCHE GROEP:** intestinale anti-inflammatoire stoffen. **ATC-code:** A07EC02. **DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST:** 9 juni 2023.

Systeem/organklassen	Frequentie volgens gegevensbank MoDRA	Zelden ( $\geq 1/10.000$ , $< 1/1.000$ )	Zeer zelden ( $< 1/10.000$ )	Niet bekend (kan niet te beschrijven gegevens niet worden bepaald)
Bloed- en lymfateselsaandoeningen		Vershard bloedbeeld (aplastische anemie, agranulocytose, pancytopenie, neutropenie, leukopenie, trombocytopenie)		
Zenuwstelselaandoeningen	Hoofdpijn, duizeligheid	perifere neuropathie		
Harstanoedingen		Myocarditis, pericarditis		
Ademhalingsstelsel-, borstkas- en mediastinumaandoeningen		Allergische en fibrotische longreacties (zoals dyspnoe, hoest, bronchospasme, alveolitis, pulmonale eosinofilie, longfibrose, pneumonitis)		
Maagdarmsstelselaandoeningen	Buikpijn, diarree, Constipatie, misselijkheid, braken, verstopping	Acute pancreatitis		
Nier- en urinewegsandaeningen		Nierfunctiebeperking, zoals acute en chronische interstitiële nefritis en nierinsufficiëntie	Nefrolithiasis*	
Huid- en onderhuidsandaeningen	Lichtvoeligheid	Allopica		Stevens-Johnson-syndroom (SJS), toxische epidermale necrolyse (TEN), geneesmiddelenreactie met eosinofiele en systemische symptomen (DRESS)
Skeletstelsel- en binweefselandaeningen		Myalgie, atralgie (zelden), Lichamelijk syndroom met pericarditis en myocarditis als prominente symptomen met of zonder gewrichtspijn (niet bekend)		
Immunusystemandaeningen		Overgevoeligheidsreacties zoals allergisch exanthem, geneesmiddelenreactie met eosinofiele en systemische symptomen (DRESS)		
Lever- en galblaasandaeningen		Veranderde leverfunctieparameters (verhoging van transaminasen en parameters van cholestase), hepatitis, cholelithiasische hepatitis		
Voorplantingsstelsel- en hormonaalandaeningen		Dysgametie (onverklaarbaar)		

Op de ernstige bijwerkingen van de huid ermeldt in verband met de behandeling met mesalazine, zoals geneesmiddelenreactie met eosinofiele en systemische symptomen (DRESS), Stevens-Johnson-syndroom (SJS) en toxische epidermale necrolyse (TEN), Lichtvoeligheid, Stevens-Johnson-syndroom (SJS) en toxische epidermale necrolyse (TEN), geneesmiddelenreactie met eosinofiele en systemische symptomen (DRESS), Stevens-Johnson-syndroom (SJS) en toxische epidermale necrolyse (TEN), geneesmiddelenreactie met eosinofiele en systemische symptomen (DRESS). Het is belangrijk om na toediening van het geneesmiddel vermoedelijke bijwerkingen te melden. Op deze wijze kan de verhouding tussen voordelen en risico's van het geneesmiddel voortdurend worden gevolgd. Berooepsbeoefenaren in de gezondheidszorg worden verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via de meldingsroute bijwerkingen Centrum Lare, Wilhelmina-apotheken.nl. **NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:** Tiltilts Pharma GmbH, Warmbacher Str. 80, 79618 Rheinfelden, Duitsland. **NUMMER VAN DE VERGUNNING VOOR HET IN DE HANDEL BRENGEN:** RVC 120637. **AFLEVERINGSWIJZE:** U.R. **FARMACOTHERAPEUTISCHE GROEP:** intestinale anti-inflammatoire stoffen. **ATC-code:** A07EC02. **DATUM VAN HERZIENING VAN DE TEKST:** 9 juni 2023.

Tiltilts Pharma France & Benelux  
40-48 Rue Cambon - 75001 Paris  
TEL: + 33 1 55 07 97 40  
20231009.NL.PRO.YAL.KIU.025 - Laatste wijziging: oktober 2023ZERIA GROUP  
TILLOTTS PHARMA

# Proefschriftsponsoring 2023

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 2023 € 500,-. Een samenvatting van het proefschrift wordt na toekening op de website van de NVGE geplaatst. Het aanvraagformulier voor proefschriftsponsoring kunt u downloaden via [www.nvge.nl](http://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](http://www.nvge.nl)

**R. Mahmood**, 28 september 2023, Utrecht  
*Management of Inflammatory Bowel Disease – A long-term perspective*

**J.A. Kwakman**, 10 oktober 2023, Rotterdam  
*Duodenoscope Contamination and Duodenoscope-Associated Infections*

**S.Z. Kuiper**, 13 oktober 2023, Maastricht  
*Patient-centred Haemorrhoidal Disease Management*

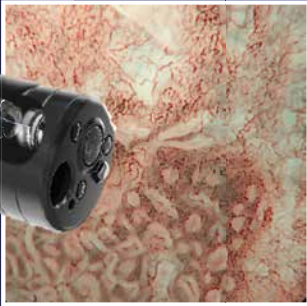
**A.G. Volkers**, 19 oktober 2023, Amsterdam  
*Alternatives in the Management of Inflammatory Bowel Diseases*

**D.E.F.W.M. van Toledo**, 3 november 2023, Amsterdam  
*From bycatch to target: pathogenesis and clinical implications of the serrated pathway to colorectal cancer*

**K.N. Fockens**, 8 november 2023, Amsterdam  
*Advanced imaging and artificial intelligence for upper gastrointestinal endoscopy*

**H.C. Timmerhuis**, 9 november 2023, Utrecht  
*Necrotizing pancreatitis - Off the beaten path*

**E.H.J. Savelkoul**, 21 november 2023, Nijmegen  
*Optimizing immunomodulator and anti-TNF treatment in Inflammatory Bowel Diseases*



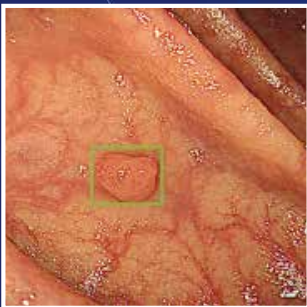
## Verhoogde Optische Helderheid

Verhoog de zichtbaarheid met behulp van de optische technologie die wordt aangeboden met het X1-systeem.



## Verhoogde Zichtbaarheid

Het is klinisch bewezen dat EndoCuff Vision™ het waarneembare mucosale oppervlak vergroot en de ADR (Adenoma Detection Rate) kan verhogen met maximaal 17%<sup>3</sup>.



## Verhoogde Detectie

ENDO-Aid AI-technologie kan de ADR verhogen met 10%<sup>4</sup>.

# Every Adenoma Counts

## Verhoog uw ADR

### Elk Adenoom telt. Waarom risico nemen?

Met de combinatie van verhoogde optische helderheid, een vergroot waarneembaar mucosaal oppervlak en verhoogde detectie met Endo-Aid AI-technologie kunt u uw ADR verhogen.

### Verband tussen ADR en risico op colorectale kanker:

- 26% van de adenomen wordt gemist<sup>1</sup>
- 1% ADR = -3% gemiste intervalcolorectale kanker +- 5% fatale intervalcolorectale kanker.<sup>2</sup>



<sup>1</sup>Zhao, S., Wang, S. et al. 2019. Magnitude, Risk Factors, and Factors Associated With Adenoma Miss Rate of Tandem Colonoscopy: A Systematic Review and Meta-analysis. *Gastroenterology* 2019;156:1661-1674.

<sup>2</sup>Corley, D. A.; Jensen, C. D.; Marks, A. R. et al. (2014): Adenoma Detection Rate and Risk of Colorectal Cancer and Death, *N Engl J Med*, 370(14), 1298-1306.

<sup>3</sup>Floor et al. *PLoS One*. 2014 Dec 3;9(12):e114267.

<sup>4</sup>Hassan et al, 2021 - *GIEndo* - Performance of artificial intelligence in colonoscopy for adenoma and polyp detection - a systematic review and meta-analysis;77,83