



Cisca Wijmenga
UEG Researchprijs 2018

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

Redactieadres/Inlichtingen advertenties:

Van Gijtenbeek
secretariaatszaken en
congresbegeleiding
Postbus 657,
2003 RR Haarlem
Tel: 023 - 5513016
Fax: 023 - 5513087
E-mail: secretariaat@nvge.nl
Correspondentie kan worden
gestuurd naar het redactieadres.
Het bestuur behoudt zich
het recht voor om te bewerken.

Secretariaat/

Ledenadministratie:

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

Lidmaatschap:

Aanmelden via www.nvge.nl

Opzegging:

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

Overname van gegevens uit
DDD news is toegestaan met
bronvermelding.

Vormgeving:

M.art grafische vormgeving

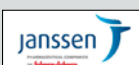
Omslagfoto:

Cisca Wijmenga

De partners van de NVGE in 2018 zijn:

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

ISSN: 2543-3075



VOORWOORD



Beste lezers,

2019 is alweer even een feit en het eerste DDD News van dit jaar ligt voor u. Voor de rubriek "DDD Science" schreef professor Cisca Wijmenga een samenvatting van haar onderzoekslijn. Tijdens de UEG week 2018 werd aan haar de "Research Prize 2018" uitgereikt. Een prijs ter waarde van 100.000 euro voor haar werk getiteld "A celiac mucosal barrier-on-chip model to investigate its role in initiation of celiac disease". Technieken waarmee uiteindelijk het glutentransport bestudeerd kan worden bij coeliakie patiënten en mogelijk nieuwe

behandelmethode kunnen worden ontwikkeld. Naast Cisca Wijmenga viel ook Sarwa Darwish Murad uit Rotterdam in de prijzen: zij werd gekozen tot een van de acht Europese Rising Stars die tijdens de UEG in oktober a.s. in Barcelona zich mogen presenteren.

De titel van haar voordracht luidt: "Recurrence of primary liver disease after liver transplantation: A double-edged sword". Professor Bleichrodt schreef zijn verhaal over innovatie in de zorg in een geheel ander deel van de wereld. Op 8-jarige leeftijd wilde hij zendingarts in Afrika worden. Hij werd uiteindelijk hoogleraar gastro-intestinale chirurgie in het Radboud Universitair Medisch Centrum. De aantrekking tot Afrika bleef echter al die jaren wel bestaan en in 2012 vertrok hij met zijn vrouw naar Zambia om in het Saint Francis Hospital in Katete te gaan werken. Met vallen en opstaan werd in de jaren hierna de zorg in dit ziekenhuis stukje bij beetje verbeterd, een erg inspirerend verhaal.

Recent ontvingen wij het definitieve rapport van de IGJ naar aanleiding van het bezoek tijdens de DDD in het najaar van 2017. Dit in het kader van onderzoek naar de naleving van de regels op het gebied van geneesmiddelen reclame. De inspectie concludeert dat de NVGE deze regels redelijk naleeft. Om volledig aan de regels te kunnen voldoen hebben wij een aantal maatregelen getroffen. U leest dit onder het voorwoord. Wij rekenen op uw medewerking om de vereniging op dit gebied nog verder te professionaliseren.

De DDD dagen in het voorjaar worden voor het eerst op een woensdag en een donderdag georganiseerd. Het programma inclusief het cursorisch onderwijs van de NVMDL wordt in 2 dagen gepland. Het doel hiervan is vooral de beide dagen gelijkwaardig te maken. Wij hopen dat u op deze wijze het maximale uit de dagen kunt halen en dat de opkomst op de beide dagen optimaal is. Hopelijk wilt u na de DDD kort de tijd nemen om deze opzet op woensdag en donderdag te evalueren zodat we een afgewogen keuze kunnen maken voor de organisatie in de toekomst die door de meerderheid van de leden wordt gesteund.

Als vanouds inmiddels zijn er "meet the expert" sessies tijdens de DDD, ditmaal georganiseerd op de woensdagochtend met de onderwerpen pancreas carcinoom (door Marco Bruno en Marc Lees verder op pagina 5).

INHOUD

Congresagenda 2019	4
Rapport IGJ	5
Interview Cisca Wijmenga	6
Inschrijven DDD maart 2019	9
State of the art lecture Julia Wendon	9
MDL-arts in buitenland: professor Bleichrodt	10
Casus Yentl Haan, aios MDL, Erasmus MC	20
Jaarverslagen 2018 NVGE en secties	22

CONGRESAGENDA 2019

1 maart 2019

Oratie Dr. Cyriel Ponsioen
Aanvang 16.00 uur
Locatie: Aula van de UvA (Lutherse Kerk)
Singel, Amsterdam.

6 - 9 maart 2019

ECCO 2019
Locatie: Kopenhagen, Denemarken
Website: www.ecco.2019conference.org

9 - 11 maart 2019

9th European Multidisciplinary Colorectal Cancer Congress EMCCC
DCCG EORTC and GICD
Locatie: Lisbon Congress Center,
Lissabon Portugal
Programma: www.emccc2019.org/scientific-program
Website: www.emccc2019.org

20 - 21 maart 2019

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

21 maart 2019

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

2 april 2019

Casuïstische conferentie NVGE
Locatie: Beatrixgebouw van de
Jaarbeurs, Utrecht

4 - 6 april 2019

ESGE days 2019
Locatie: Praag, Tsjechië
Website: <http://www.esgedays.org/>

17 mei

Afscheidssymposium prof. dr. H. Vasen
"Advances in Hereditary GI-Cancer"
Locatie: Buremazaal LUMC
Aanmelden: secretariaat.mdlz@lumc.nl

18 - 21 mei 2019

Digestive Disease Week
Locatie: San Diego, USA
Inlichtingen: <http://www.ddw.org/home>

6 - 7 juni 2019

EUS live in Amsterdam
Locatie: AMC, Amsterdam
Website: www.epgs.nl

13 juni 2019

NVMDL-symposium
Locatie: Koninklijk Instituut voor
de Tropen te Amsterdam
Inlichtingen: Secretariaat NVMDL
Tel.: 023 - 551 3016
E-mail: congres@mdl.nl

18 - 21 juni 2019

Dutch Liver Week NVH
(echocursus op 18 juni)
Locatie: Double Tree by Hilton,
Amsterdam
Inlichtingen: Secretariaat NVH
Tel.: 023-551 3016
E-mail: secretariaat@nvh.nl

19 - 20 juni 2019

IBD Today & Tomorrow
Met op 19 juni een dag voor IBD
verpleegkundigen
Amsterdam UMC – locatie AMC
Website: www.epgs.nl

5 - 7 september 2019

18th International Celiac Disease
Symposium
Locatie: Parijs, Frankrijk
Website: www.icds2019-paris.com

2 oktober 2019

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

2 oktober 2019

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

3 - 4 oktober 2019

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

28 november 2019

34e Erasmus Liver Day
Locatie: Congrescentrum de Doelen te
Rotterdam
Inlichtingen: Secretariaat Hepatologie
Erasmus MC
Tel.: 010-703 5942
Mail: liverday@erasmusmc.nl
Website: www.erasmusmc.nl/liverday

Besselink) en IgG4-gemedieerde ziekte (door Ulrich Beuers en Henk van Buuren). Om 11.30 uur op woensdag de NVGE ledenvergadering in de Baroniezaal. Het bestuur hoopt door de vergadering in een kleinere zaal te houden meer interactie met de leden te hebben. Het belangrijkste onderwerp wat tijdens de vergadering zal worden besproken is het visiedocument van de NVGE. Hieraan is het afgelopen jaar hard gewerkt. Het bestuur van de NVGE heeft de visie dat in 2024 Nederlands MDL-onderzoek nog meer internationale impact heeft door innovatie, multidisciplinaire samenwerking en een nauwe verbinding met de MDL-patiënt. Daarnaast moet de NVGE hét Nederlandse MDL-wetenschapsplatform blijven en dit platform verder versterken. Wij hopen dat deze visie door de leden gesteund wordt. De visie vraagt om maatregelen en veranderingen van het huidige NVGE-beleid. Wij nodigen u graag uit hierover van gedachten te wisselen en te discussiëren tijdens de ledenvergadering. Het visiedocument wordt u met de agenda van ledenvergadering toegestuurd. Er werden 127 abstracts ingestuurd voor de voorjaars DDD waardoor er meerdere wetenschappelijke sessies kunnen worden georganiseerd. Daarnaast een aantal klinische symposia waaronder op woensdag het NVGE symposium "op het

grensvlak van pathologie en endoscopie" en een door de NVH georganiseerd symposium over het peri-operatieve beleid van patiënten met een leverziekte.

Julia Wendon, intensivist en hepatoloog houdt woensdagmiddag een state of the art lecture: "How to recognize acute on chronic liver failure, tips for the attending physician". Zij is internationaal gerenommeerd voor haar zorg voor patiënten met leverfalen en werkt sinds 1989 in het Kings College Hospital in Londen. Op de donderdag het symposium van de NVGIC en van de sectie Oncologie met parallel hieraan het programma georganiseerd door de NVMDL. Een overzicht van het gehele programma vindt u op de middenpagina van dit nummer.

Graag tot maart a.s. tijdens de DDD!

Wouter de Vos tot Nederveen Cappel,
penningmeester

N.B. U kunt tot 1 september a.s. uw foto's insturen voor de tentoonstelling Inside Art in het najaar via Inside.art@amc.uva.nl, zie aankondiging in DDD news december 2018

Inspectierapport DDD 2017

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd heeft op 5 oktober 2017 een bezoek gebracht aan de Digestive Disease Days (DDD) te Veldhoven. Dit in het kader van een onderzoek van de inspectie naar de naleving van de regels op het gebied van geneesmiddelenreclame tijdens bijeenkomsten. In januari 2019 ontvingen wij het definitieve inspectierapport met de volgende opmerkingen:

Geen bestuurlijke maatregelen:

De inspectie ziet geen aanleiding om zijn handhavende bevoegdheden in te zetten.

Stimuleringsmaatregelen:

Maatregelen ter voorkoming van reclame aanscherpen

Voor toekomstige bijeenkomsten wijst de inspectie de NVGE erop de maatregelen ter voorkoming van reclame richting niet-beroepsbeoefenaren aan te scherpen.

Zij zou dit kunnen doen door:

- duidelijker richting standhouders te communiceren op welke dagen er mogelijk niet-beroepsbeoefenaren aanwezig zijn;
- zelf een rondgang langs alle stands te maken om te zien of standhouders voldoen aan wet- en regelgeving en aan de eigen voorwaarden van de organisatie. Bijvoorbeeld of een prijs wordt uitgereikt binnen een stand.

In reactie heeft de NVGE laten weten aan beide punten gehoor te zullen geven voor een volgende bijeenkomst.

Dienstverleningsovereenkomsten tussen sprekers en verantwoordelijke bijeenkomst noodzakelijk

- de organisator heeft geen dienstverleningsovereenkomsten gesloten met de spreker(s)/commissieleden. Voor toekomstige bijeenkomsten wijst de inspectie de NVGE erop dat zij schriftelijke dienstverleningsovereenkomsten met de spreker(s)/commissieleden moet sluiten. In de Geneesmiddelenwet is de verplichting opgenomen om de diensten door beroepsbeoefenaren en de honorering schriftelijk in een overeenkomst vast te leggen. Deze regel is niet alleen van toepassing op de relatie tussen farmacie en beroepsbeoefenaren maar ook tussen beroepsbeoefenaren en andere partijen dan de farmacie zoals beroepsverenigingen.
- De organisator heeft geen dienstverleningsovereenkomsten gesloten met de sprekers. Hoewel de spreker(s)/commissieleden geen directe geldelijke vergoeding hebben ontvangen voor de verleende diensten, hebben ze wel een vergoeding ontvangen in de vorm van inschrijfgeld en een boekenbon.

In reactie heeft de NVGE laten weten aan beide punten gehoor te zullen geven voor een volgende bijeenkomst.

Naschrift bestuur: het volledige rapport zal bij de agenda voor de ledenvergadering ter informatie worden meegezonden.

Wijmenga: darm-op-een-chip voor onderzoek naar coeliakie

Tijdens de UEG week 2018 werd de "Research Prize 2018" uitgereikt aan professor Cisca Wijmenga. Zij is verbonden aan het UMCG als hoogleraar humane genetica en geldt als een toonaangevend wetenschapper op het gebied van complexe, genetische aandoeningen. Zij ontving de prijs ter waarde van 100.000 euro voor haar werk getiteld "A celiac mucosal barrier-on-chip model to investigate its role in initiation of celiac disease". Ditmaal in DDD Science een samenvatting over deze onderzoekslijn door professor Wijmenga persoonlijk geschreven.



De darm van coeliakie patiënten nabootsen op een chip
Coeliakie is een van de meest voorkomende darmziekten, veroorzaakt door een samenspel van genetische- en omgevingsfactoren. De belangrijkste omgevingsfactor zijn gluten, veelvoorkomende eiwitten in tarwe, rogge en gerst. Mensen met de genetische aanleg voor coeliakie ontwikkelen een breed spectrum aan klachten na het eten van gluten, zoals diarree, bloedarmoede en ondergewicht, of zelfs ataxie, herhaalde miskramen en osteoporose. De afgelopen 40 jaar is duidelijk geworden dat coeliakie wordt veroorzaakt door een sterke immuunreactie in de darm waardoor de darmvlokken verdwijnen. Ten gevolge hiervan wordt het darmoppervlak verkleind waardoor niet meer genoeg voedingsstoffen uit voedsel opgenomen kunnen worden. Er zijn nog veel vragen onbeantwoord.

Zo weten we bijvoorbeeld niet hoe gluten de darmwand passeren en of de darmbarrière disfunctioneert bij coeliakie patiënten. Iedereen in de Westerse wereld eet immers gluten en ongeveer 25% van de mensen heeft het immuunsysteem wat in principe gluten zou moeten kunnen herkennen. Toch krijgt slechts 1-2% van de bevolking coeliakie.

Mini-darmpjes als modelsysteem voor coeliakie

Om bovenstaande vragen te beantwoorden kunnen we helaas geen gebruik maken van muizenmodellen en is het eigenlijk nodig om de darm van patiënten te bestuderen. Echter, een darmbiopt kan je slechts kort in leven houden wat ingewikkeld onderzoek lastig maakt. We zijn dus op zoek naar een manier waarbij we de juiste genetische aanleg van een patiënt kunnen koppelen aan een systeem waarmee we buiten het lichaam de darm kunnen nabootsen. Sinds kort is dit mogelijk door de ontwikkeling van zogenaamde organen-op-een-chip. We hebben het hier niet over een compu-

terchip maar een chip waarop we een mini-darm kunnen nabootsen met alle relevante cellen die ook in een normale darm zitten. Om dit mogelijk te maken wordt er nauw samengewerkt tussen biologen en nano-technologen. In Nederland is in 2017 een zwaartekracht consortium tot stand gebracht wat de komende 10 jaar gaat werken aan de ontwikkeling van een darm-, hart-, en hersenen-op-een-chip (<https://noci-organ-on-chip.nl>).

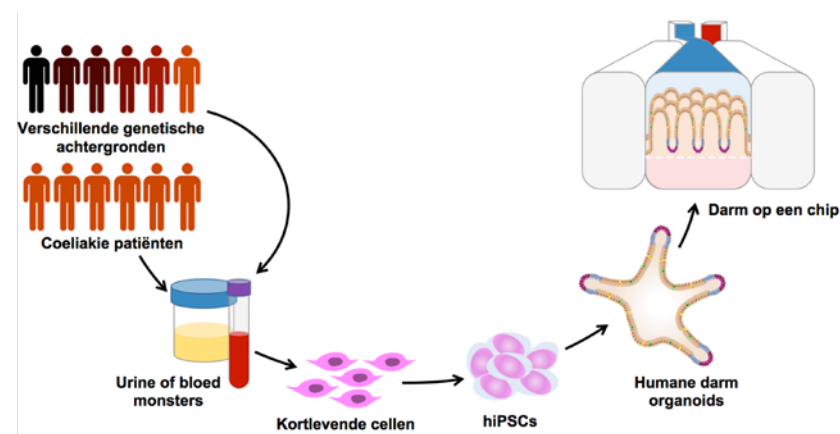
Van stamcel tot darm op een chip

Humane geïnduceerde pluripotente stamcellen (hiPSCs) – d.w.z. stamcellen die veel verschillende weefsels kunnen vormen – kunnen tegenwoor-

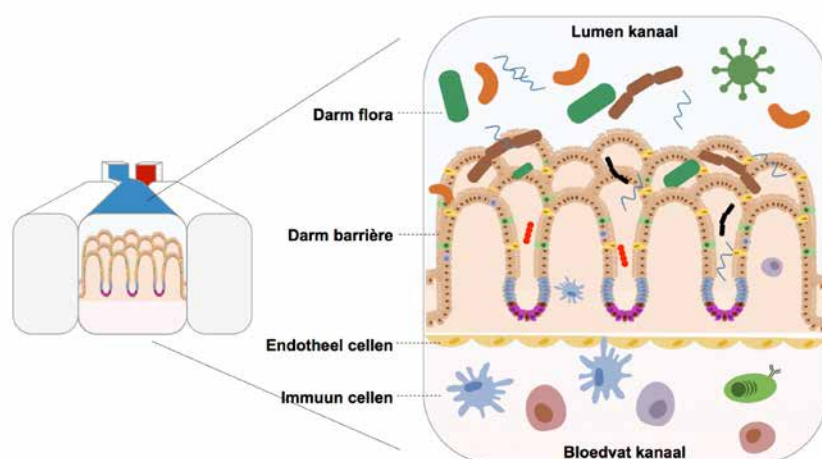
dig gegenereerd worden uit cellen die te isoleren zijn uit bloed of urine van coeliakie-patiënten, personen met een bepaalde genetische achtergrond of uit gezonde individuen. Deze hiPSCs kunnen worden gedifferentieerd tot zogenaamde darm-organoids: 3D structuren die enigszins de eigenschappen van darmweefsel hebben, maar bijvoorbeeld niet beschikken over bloedvaten. Deze organoids kunnen worden gebruikt als basismateriaal om meer complexere weefselstructuren te maken zoals een darm-op-een-chip bestaande uit de darmbarrière en immuuncellen (figuur 1).

Samenspel van binnen- en buitenkant
De darm-op-een-chip kan gebruikt worden om ziekte-gerelateerde processen te bestuderen zoals het gluten-transport, de interactie van de barrière met immuuncellen en de rol van de darmflora. Zo kan de doorlaatbaarheid van de darmbarrière worden gemeten en worden vergeleken tussen coeliakie-patiënten en gezonde controles, in aanwezigheid van gluten of bepaalde ontstekingsmediatoren. Coeliakie-patiënten hebben ook een verstoorde darmflora maar het is onbekend of dit bijdraagt aan, of het gevolg is van, de ziekte. Door specifiek die bacteriën aan de chip toe te voegen die gecorreleerd zijn aan coeliakie kunnen we de rol daarvan bestuderen (figuur 2).

Uiteindelijk kan deze techniek persoonlijke ziektemodellen opleveren waarmee we ook nieuwe behandelmethoden of medicijnen kunnen testen. In de verre toekomst wordt het wellicht mogelijk verschillende organen aan elkaar te koppelen waardoor we kunnen onderzoeken hoe een ziekte die ontstaat in de darm en hoe dit een effect heeft op andere organen zoals bijvoorbeeld de hersenen of op de baarmoeder.



Figuur 1: De verschillende stappen die gezet moeten worden om een darm op een chip te maken



Figuur 2: Dwarsdoorsnede van de chip met de verschillende onderdelen. Het rode kanaal is de inlaat voor de bloedvat zijde, het blauwe kanaal voor de lumenale zijde

State of the art lecture professor dr. Julia Wendon

Plenair programma op woensdag 20 maart a.s. in de Brabantzaal om 17.30 uur



Professor Julia Wendon is werkzaam in het King's College Ziekenhuis in Londen als specialist intensieve zorg voor patiënten met leverfalen. Zij heeft meer dan 150 publicaties op het gebied van leverfalen op haar naam staan. Samen met haar collega's heeft zij een grote bijdrage geleverd aan onze huidige kennis op het gebied van leverfalen. Veel van de verworven kennis is terechtgekomen in internationale richtlijnen voor de behandeling van acuut zieke patiënten met een

leverziekte en wordt wereldwijd toegepast. Julia Wendon is sinds 2015 medisch hoofd van de Intensive Care Divisie en sinds 2012 professor Leverziekten aan het Institute of Liver Sciences van de King's College.

Tijdens de DDD zal zij een voordracht houden getiteld: *How to recognize acute on chronic liver failure: tips for the attending physician*

Inschrijven Digestive Disease Days maart a.s.

De DDD zal in het voorjaar op proef op **woensdag en donderdag 20 en 21 maart** plaatsvinden, waarbij het programma is teruggebracht naar twee dagen. Na het congres zal deze opzet geëvalueerd worden. Omdat het cursorisch onderwijs is geïntegreerd is in de twee congresdagen, zullen veel leden slechts 1 overnachting nodig hebben.

Er is wel een mogelijkheid om een voorovernachting te boeken indien dit vanwege de afstand voor u prettig is. Het voorinschrijvingstarief is van toepassing tot 13 februari a.s.

U heeft als lid op 6 dec jl. een link ontvangen om u te kunnen registreren.

Samenstelling bestuur

Prof. dr. P.D. (Peter) Siersema, *voorzitter*
 Prof. dr. L.P.S. (Laurents) Stassen, *vice-voorzitter*
 Dr. W.H. (Wouter) de Vos tot Nederveen Cappel, *penningmeester*
 Prof. dr. C.J. (Janneke) van der Woude, *secretaris*
 Prof. dr. J.C. (Hankje) Escher, *lid*
 Dr. K. (Klaas) van der Linde, *lid*

toegevoegde leden:

Dr. J.M. (Jan-Maarten) Vrolijk, *Nederlandse Vereniging voor Hepatologie*
 Dr. A.E. (Andrea) van der Meulen, *Sectie Inflammatoire Darmziekten*
 Dr. B. (Bart) Koot, *Sectie Kinder-MDL*
 Dr. P. (Peter) van Duijvendijk, *Nederlandse Vereniging voor Gastro-intestinale Chirurgie*

T. (Thea) Korpershoek, *Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland MDL*
 Dr. A.J. (Arjan) Bredenoord, *Sectie Neurogastroenterologie en motiliteit*
 Dr. V.M.C.W. (Manon) Spaander, *Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen*
 Dr. J.M. (Jolanda) van Dieren, *Sectie Gastrointestinale Oncologie*
 Dr. M.E. (Manon) Wildenberg, *Sectie Experimentele Gastroenterologie*
 Dr. M.J. (Mireille) Serlie, *Netherlands Society for Parenteral and Enteral Nutrition (NESPEN)*
 Dr. M.J.M. (Marcel) Groenen, *Sectie Gastrointestinale Endoscopie*
 Dr. M.P. (Thijs) Schwartz, *namens MDL-Raad W&I van de NVMDL*
 Dr. V.K. (Vincent) Dik, *aio MDL, redactie DDD news*

Verslag van Robert Bleichrodt, tot 2012 hoogleraar abdominale chirurgie aan het Radboudumc en nu als chirurg werkzaam in Zambia

Terug naar de basis

Waarom ben je arts geworden, waarom chirurg en waarom ben je naar Afrika gegaan. Ik weet het niet. Die keuzes maakte ik als kind. Nog voor ik naar de lagere school ging wist ik het al. Ik word dokter. Toen ik acht was wilde ik zendingsarts in Afrika worden en nog wat later wist ik zeker dat ik chirurg wilde worden. Hoe leg je dat uit bij een sollicitatie naar een plaats in de opleiding tot chirurg? Ik weet het niet meer, maar het lukte om in opleiding te komen en ik heb geen dag spijt gehad van die keuze.

De jaren tachtig waren moeilijk. Meer dan honderd chirurgen smeekten om een baan, Afrika was toen geen optie. Ik mocht gelukkig in het Academisch Ziekenhuis in Groningen blijven. De gastro-intestinale chirurgie en vooral de complicaties die dat opleverde, boeiden mij. De fysiologie van de buikholte, peritonitis, intra-abdominale abcessen, de ontoegankelijke buik, buikwanddefecten en peritoneale metastasen vulden mijn chirurgisch leven, zowel klinisch als wetenschappelijk. De wens om in Afrika te werken bleef en werd sterker naarmate ik ouder werd en vaker in Afrika kwam. De natuur, de mensen, de cultuur bleven trekken. Maar hoe organiseer je zoiets?

In 2009 lees ik een ingezonden brief in Medisch Contact van een huisarts, die in de jaren zeventig in Zambia werkte. Het ziekenhuis waar hij werkte, heeft dringend een chirurg nodig, schrijft hij. Ik mailde hem en al snel daarna ging ik met mijn vrouw kijken in het Saint Francis Hospital in Katete, een ziekenhuis met 360 bedden, in een land waar één arts is voor elke 23.000 mensen. We waren direct verkocht. Van hoogleraar bezig met HIPEC en intestinaal falen en initiatiefnemer van het minimaal invasief centrum (MITeC) in het Radboud UMC, terug naar de basis van de geneeskunde. Een groter contrast bestaat er niet, maar ik kon niet wachten. In 2012 was het zover.

Na een inburgeringscursus van twee weken, een hernieuwd artsexamen en na het voor de tweede maal inleveren van een kopie van mijn paspoort, geboorteakte, artsenbul, BIG register, RGS registratie, vertalingen van de diploma's door beëdigd vertalers, een verklaring van goed gedrag, met stempels en zegels van de notaris, kon ik op 1 maart aan de slag als algemeen arts. Om half acht zit ik op het secretariaat te wachten op de directeur. De vloer is van gebarsten beton maar staat glimmend in de was. De bureaus, te klein voor

de grote computers, hebben de kleur van een tuinstoel die al jaren buiten staat. De archiefkasten schreeuwen om een likje verf en de deurpost had menig trauma doorgemaakt. Aan de secretaresse mankeert niets. Ze is modieus gekleed en dribbelt geroutineerd op vervaarlijk hoge hakken naar de kamer van de directeur. Hoe kom je op zulke hakken thuis in dit land?

Kennismaking met het ziekenhuis

De directeur is gestoken in een onberispelijke witte jas met notoire Engelse stropdas. Na een kort gesprek leidt hij mij rond in het ziekenhuis. Wij passeren burelen met veel teveel mensen achter te kleine bureaus, volgestouwde magazijnen, een overbevolkte polikliniek en uitpuilende verpleegafdelingen. De rondleiding eindigt in het mortuarium. Daar is net een obductie gaande, in het bijzijn van de familie, om er op toe te zien dat er geen organen worden ontvreemd. Ik word voorgesteld aan de bediende want ik zal als chirurg ook de obducties moeten doen, naast de urologie, orthopedie, kinderchirurgie, plastische chirurgie en de algemene chirurgie.

De afdeling Heelkunde bestaat uit twee verpleegafdelingen van ieder 40 bedden. Jaarlijks worden er 4000 patiënten opgenomen en 3000 operaties verricht. Totaal zijn er zo'n honderd mensen opgenomen. Baby's, peuters, kleuters, tieners, volwassenen en geriatrische patiënten liggen kriskras door elkaar. De meesten hebben een bed, de rest heeft een matras op de grond. In een zijkamer van de vrouwenvleugel vind ik nog twaalf moeders met kleine kinderen op de grond, in de kou van de vroege ochtend. Elke maand komt er een kinder-orthopaed en elke drie maanden een plastisch chirurg.

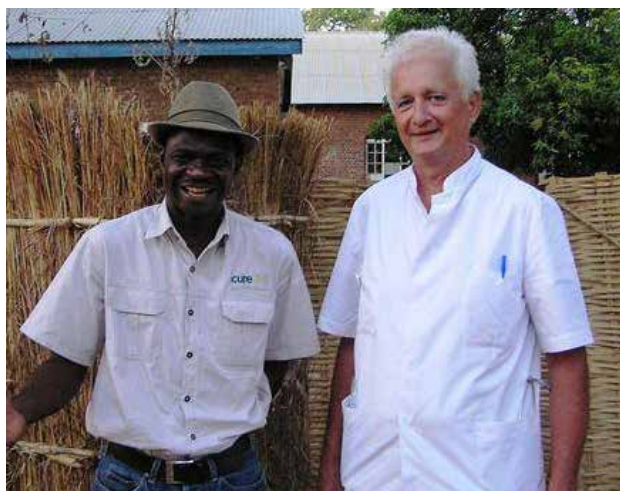
Ik word voorgesteld aan mijn collega, een licentiate. Die heeft een opleiding gevolgd die het midden houdt tussen die van verpleegkundigen en artsen. Het laatste half jaar is de afdeling door hem gerund, samen met een licentiate in opleiding. Daar waar in Nederland 22 zuchtende chirurgen en 23 arts assistenten de handen vol hebben aan 50 opgenomen patiënten, worden hier 80-100 patiënten verzorgd door twee paramedici en bestaat de verpleegkundige staf uit zes gediplomeerde verpleegkundigen, een paar verpleeghulp en leerlingen. Mijn bewondering voor hun inzet en praktische kennis is groot, maar ik zie dat het niet onverstandig is dat

er ook een chirurg is aangesteld. Ik ga weer aan het werk” zegt de directeur en laat mij achter in deze heksenketel. Ik ontvlucht de verpleegafdeling en ga naar de operatiekamer waar de licentiaten een volwassen programma wegsnijden. Een bomvol operatieprogramma gevuld met traumatologie en algemene chirurgie, in de breedste zin van het woord. Van de pathologie die hier ligt opgenomen word je heel nederig. Een schildklierkwab zo groot als een meloen, botten die uit benen steken waar de pus uitdruipt, zeven ouderen op rij met gebroken heupen, “tropical ulcers”, lues, mannen die niet meer kunnen plassen, brandwonden, slangenbeten, zaden in kinderoren, rottende voeten bij suikerzieken, beklemdes liesbreuken, slokdarmkanker, kwaadaardige moedervlekken die de hele hiel bedekken, alle vormen van TBC, Kaposi sarcomen, patiënten met gecompliceerde vormen van typhus, een traumatische miltruuptuur bij een reuzenmilt, een kaakabces dat tot op het behaarde hoofd rijkt, een thoraxempyem bij een baby van 3 maanden, een pasgeborene met een gastroschisis en één met een anusatresie, anuskanker, condylomata acuminata zo groot als een citroen (sorry voor de vergelijking maar het meetlint is weg, net zoals de nietjes, de nietmachine, de batterijen van de bloeddruk meter, de glucostrips etc.) en dat bij patiënten waarvan 10-15% is geïnfecteerd met HIV. En wat te denken van de ons onbekende letsels toegebracht door krokodillen, nijlpaarden, olifanten en slangen? Heel blij dat ik kindergeneeskunde heb gedaan, dat ik in Groningen een zeer brede opleiding genoot en met de vele boeken die ik bij mij heb. Vandaag heb ik mijn eerste les in nederigheid gekregen, er zullen er nog vele volgen. Een diepe zucht en aan de slag. Ik leid de eerste maanden een reactief bestaan. Alles wat ik tegen kom, pak ik aan. Ik leer veel van de enorm ervaren (operatie)verpleegkundigen, de anesthesisten en de clinical officers. Het hoofd van de operatiekamer begeleidt mij regelmatig bij operaties die ik zelfs nog nooit gezien heb, de anesthesisten blijken uiter-

mate bedreven in het aanbrengen van infusen, het intuberen van patiënten onder extreem moeilijke omstandigheden, het verwijderen van corpora aliena uit de slokdarm en de trachea van kleine kinderen. De verpleegkundigen leren mij tropische ziekten te herkennen en alternatieve wijzen van wondbehandeling.

Roeien met die riemen die je hebt

Naast de klinische zorg is er een drukke polikliniek. De polikliniek begint om 10 uur en duurt tot het einde van de rij. Overal mensen. Ik houd spreekuur in een kamer van 2½ bij 2½ meter. In het kamertje staan een onderzoekbank, een bureau, drie stoelen, een instrumententafeltje en er hangt een wasbak. De kraan is kapot, het water klettert de hele dag in de bak. Voor de zuster en de patiënt met familie is precies één vierkante meter beschikbaar. Gelukkig zie ik vrijwel alleen kinderen. Ik heb medelijden met mijn collega's die in dezelfde ruimte volwassenen zien. De toegang tot mijn kamer is een nauwe gang. Met een 10 voor meetkunde lukt het vanuit die gang met een rolstoel de kamer in te komen. Maar dan blijft de deur wel open. Buiten is het 30 graden. De zon schijnt onbarmhartig op het raam. Er is geen stroom, de generator staat onder het raam te loeien. Ik denk vaak aan de ruimte die hiernaast leeg staat, in de schaduw met een zee aan ruimte en grote deuren. Gronings model jaren 80. Het geld is echter op en elke maand komt de workshop met een andere smoes, waarom de nieuwe chirurgische polikliniek niet wordt afgebouwd. Na verloop besef ik dat dit zo niet door kan gaan, dat een aantal zaken anders moet. Het ziekenhuis heeft echter een uitstekende naam in Zambia en niet iedereen is ervan overtuigd dat het beter kan. De remmende voorsprong. Veranderen. In Nederland al niet eenvoudig, maar hoe moest dat in Afrika? Hoe voorkom ik dat iedereen wordt overgoten met breed spectrum antibiotica? Waarom worden de



Thuis met dr. Ilho Moyo, de kinderorthopaed die maandelijks naar SFH komt



Deel van de mannenvleugel van de chirurgie

CHIRURG IN BUITENLAND

controles niet gedaan en slaapt de zuster 's nachts terwijl er doodzieke patiënten liggen? Waarom overlijden er om de haverklap patiënten op zaal en kort na een routine operatie? Zijn die vreselijke contracturen niet te voorkomen bij brandwondpatiënten? Moet ik operatielakens accepteren met gaten, een botte boor, ouderwets hechtmateriaal, diathermie machines met kapotte snoeren en een rat op de operatiekamer? Er is maar één mogelijkheid om dit op te lossen. Eerst begrijpen, dan begrepen worden.

De eerste prioriteit is het verbeteren van de peri-operatieve zorg. Maar waarom wordt er zo slecht gelet op patiënten? Dat verpleegkundigen een gezin hebben, in het regenseizoen ook op het land moeten werken en de zorg voor familie hebben weet ik, maar dat kan toch geen argument zijn om 's nachts te gaan slapen en de patiënten aan hun lot over te laten? De ware reden komt naar boven nadat ik een aantal verpleegkundigen spreek na hun dienst. Op de vraag wat er die nacht is voorgevallen is het standaard antwoord: "patient collapsed" en dat bijna om altijd om vijf uur, het tijdstip van ontwaken in Zambia. Controles hebben geen zin, de dood is onafwendbaar. Alleen geestuitdrijving kan soms het tij nog keren. De keren dat ik dat ritueel meemaakte, raakte ik er van overtuigd dat dit de dood alleen maar bespoedigt. Ik volgde de raad op van een Engelse anesthesist in het universiteitsziekenhuis in Lusaka: concentreer je zorg op één ernstig zieke patiënt en laat zien dat de dood niet altijd onafwendbaar is. Die gelegenheid doet zich voor als een patiënt van 18 jaar met typhus in een septische shock zich aandient. Hij is 36 uur geleden geopereerd in verband met een darmperforatie. De buik was ontoegankelijk en het gat in de darm is overhecht. Maar hij leeft nog.

Ik geef al mijn aandacht aan deze patiënt, die door een ieder al is opgegeven. Ik blijf aan zijn bed, doe de controles, resusciteer, geef medicatie en opereer hem zodra hij iets is opgeknapt. De buik is inderdaad een ravage, volledig verkleefd, perforaties van het ileum, een dood rechter colon. Na drie uur ben ik klaar en hecht een ileostomie in, onder luid protest van de anesthesist. Een ileostomie heeft nog nooit iemand overleefd. In diepe shock gaat de patiënt naar de afdeling, er is geen recovery. Elk uur kom ik langs, bestrijd de shock, geef pijnstillers, antibiotica en zuurstof en instrueer de verpleegkundige bij de stomazorg. Hij blijft kritisch ziek totdat hij op de derde dag uit het dal kruipt. Hij moet worden gevoed, maar extra voeding is alleen beschikbaar voor ondervoede kinderen. Dus maken mijn vrouw en ik het zelf, met melk, slagroom, suiker en olie. Ook voeden via een neusmaagsonde bleek een probleem. Geen materialen, maar de verpleegkundigen worden met de dag behulpzamer.

Stijgende lijn

Na een week lijkt alles beter, totdat de eerste complicatie zich aandient. Drie re-laparotomieën zijn noodzakelijk en

dat bij een extreem ondervoede patiënt. Waar ben ik aan begonnen? Na veel vallen en opstaan kan de patiënt na 4 maanden naar huis met een stoma. Het kost me veel energie en nachtrust maar ik heb, met wat geluk en wijsheid, aangetoond dat de dood niet onvermijdelijk is. Het brengt een ommekeer, mede dankzij twee zeer gemotiveerde verpleegkundigen en een nieuw verpleegkundig hoofd. Vanaf nu worden de lijsten meestal bijgehouden en belt de verpleegkundige als het mis gaat, ondersteund door introductie van een Zambiaanse MEWS (Modified Early Warning System) en het gebruik van pulse-oximeters. Daarna was het niet moeilijk het operatiekamer personeel te overtuigen dat nieuwe anesthesie apparatuur en een goede recovery in een echte uitslaapkamer, in plaats van op de gang, noodzakelijk zijn om de zorg te verbeteren. Door hulp van buitenaf werd dit gerealiseerd, waarna er geen patiënten meer overleden tijdens de recovery periode.

Ook het geven van extra voeding aan patiënten ging veel beter. Het ziekenhuis heeft een minimaal budget om alle 360 patiënten dagelijks drie maaltijden te serveren van mais en bonen. Er is geen geld voor extra voeding. UNICEF geeft alleen extra voeding voor zuigelingen en peuters. De oudere kinderen en hun ouders mogen blijkbaar doodvallen. Daarom gaan we soms op rooftocht op de kinderafdeling. Inmiddels hebben we geregeld dat als de patiënt zelf een pak melk koopt, de diëtist de supplementen ter beschikking stelt. Een stap vooruit, maar nog niet voldoende. De meeste mensen hebben geen geld voor melk. Eén voordeel, het gaat hier sneller dan in Nederland waar het 20 jaar kostte ondervoeding van patiënten en ouderen op de agenda te krijgen. Minder eenvoudig is het om aan het geloof in antibiotica te tornen. De clinical officers op de polikliniek blijven iedereen bestoken met antibiotica en het blijkt onmogelijk deze groep te bereiken. Er zit niets anders op dit te accepteren, maar binnen de afdeling heelkunde houd ik strak vast aan de door mij opgestelde richtlijnen voor het gebruik van antibiotica, profylactisch en therapeutisch. Het leidt niet alleen tot betere zorg, maar bespaart ook een enorme hoeveelheid geld. ▷



Diepe en oppervlakkige parotidectomie met Joris Harlaar, die bij ons een half jaar werkte als chirurg in opleiding

Programma woensdag 20 maart 2019

Woensdag	Brabantzaal	Auditorium	Baroniezaal	Parkzaal
09.30 - 10.00	Ontvangst en koffie	Ledenvergadering NVH	Ontvangst en koffie	Ontvangst en koffie
10.00 - 11.30	Post ECCO	Symposium NVH: Do's en don'ts van chirurgie bij levercirrose	Meet the expert: pancreascarcinoom	Meet the expert: IgG gemedieerde ziekte
11.30 - 12.00	Geen programma i.v.m. ledenvergadering NVGE	Geen programma i.v.m. ledenvergadering NVGE	Ledenvergadering NVGE	Geen programma i.v.m. ledenvergadering NVGE
12.00 - 13.00	Lunch in expositiehal	Lunch in expositiehal	Lunch in expositiehal	Lunch in expositiehal
13.00 - 15.00	NVGE symposium: Jong gekregen, oud gehouden	Symposium Sectie Gastrointestinale Endoscopie: Future in Endoscopy	Abstractsessie Sectie Inflammatoire Darmziekten	Abstractsessie Sectie Gastrointestinale Oncologie
15.00 - 15.30	Theepauze	Theepauze	Theepauze	Theepauze
15.30 - 17.30	NVGE symposium: Op het grensvlak van pathologie en endoscopie	Symposium NVMDL: Opioiden gebruik en misbruik	Abstractsessie Sectie Inflammatoire Darmziekten II	Abstractsessie Sectie Gastrointestinale Endoscopie
17.30 - 18.00	Julia Wendon: "How to recognize acute on chronic liver failure: tips for the attending physician"			
18.00 - 18.30	Voordrachten President Select			
18.30 - 18.45	Uitreiking NVGE Gastrointestinale Researchprijs 2019			
18.45 - 20.00	Borrel in expositiehal	Borrel in expositiehal	Borrel in expositiehal	Borrel in expositiehal
20.00 - 22.00	Diner Beneluxhal	Diner Beneluxhal	Diner Beneluxhal	Diner Beneluxhal
22.00 - 23.00	Koffie en afsluitend drankje			

Woensdag	Zaal 80	Zaal 81
13.00 - 14.00	Meet the expert: pancreascarcinoom	Meet the expert: IgG gemedieerde ziekte
15.30 - 17.30	Symposium: Digitalisering in de zorg	

Programma donderdag 21 maart 2019

Donderdag	Brabantzaal	Auditorium	Baroniezaal	Parkzaal
08.30 - 09.00	Ontvangst en koffie	Ontvangst en koffie	Ontvangst en koffie	Ontvangst en koffie
09.00 - 10.30	Programma V&VN MDL	Abstractsessie Sectie Gastrointestinale Oncologie	Abstractsessie Sectie Experimentele Gastroenterologie I	Abstractsessie Nederlandse Vereniging voor Gastroenterologie
10.30 - 11.00	Koffiepauze expo	Koffiepauze expo	Koffiepauze expo	Koffiepauze expo
11.00 - 12.30	Programma V&VN MDL	Symposium Oncologie: Shared decision making	Abstractsessie Sectie Experimentele Gastroenterologie II	Abstractsessie Sectie Neurogastroenterologie en Motiliteit
12.30 - 13.30	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal
13.30	Cursorisch onderwijs NVMDL (13.30 - 18.00)	Programma V&VN: Endoscopie 15.30 einde programma	Programma V&VN: IBD 15.30 einde programma	Programma V&VN: Verpleegkundig endoscopisten 15.30 einde programma
15.30 - 16.00	Theepauze expositiehal	Theepauze expositiehal	Theepauze expositiehal	Theepauze expositiehal

Donderdag	Beneluxhal	Zaal 80
09.00 - 10.30	Symposium Nederlandse Vereniging voor Gastro-intestinale Chirurgie: Inflammatoire Darmziekten	Abstractsessie Nederlandse Vereniging voor Gastrointestinale Chirurgie I (aanvang 09.30)
10.30 - 11.00	Koffiepauze	Koffiepauze expositiehal
11.00 - 12.30	Symposium NVGIC: Fluorescentie & het colorectaal carcinoom	Abstractsessie Nederlandse Vereniging voor Gastrointestinale Chirurgie II
12.30 - 13.30	Lunch expositiehal	Lunch expositiehal
13.30 - 15.30	Symposium NVGIC: Highlights from Lowlands	
15.30 - 16.00	Theepauze expositiehal	

SYMPOSIUM

Tijdstippen diverse ledenvergaderingen:

Nederlandse Vereniging voor Hepatologie	20 maart	09.30 uur - Auditorium
Sectie inflammatoire darmziekten	20 maart	11.15 uur - Brabantzaal
Nederlandse Vereniging voor Gastroenterologie	20 maart	11.30 uur - Baroniezaal
NVMDL i.o.	20 maart	12.00 uur - Zaal n.t.b.
Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen	21 maart	08.00 uur - Zaal 82-83
V&VN MDL	21 maart	09.30 uur - Brabantzaal



CHIRURG IN BUITENLAND

Het werkt binnen de heelkunde maar overtuigt de gynaecologen en clinical officers niet.

Verdere verbetering van omstandigheden

De smartphone en WhatsApp brengen een belangrijke omslag. Tot 2014 weigeren de dienstdoende (para)medici hun telefoon te gebruiken. Bij spoedgevallen brengt de portier een briefje van de dienstdoende paramedicus naar mijn huis, meestal met minimale informatie. De bewaker bonst op de deur totdat ik wakker ben. Altijd moest ik naar het ziekenhuis. In 2014 zijn er inmiddels voldoende artsen en studenten uit Europa en communiceert men via de telefoon en Whatsapp. De Zambianen, inmiddels allemaal in het bezit van een smartphone met internet, moeten wel mee. Opnames worden nu razendsnel gecommuniceerd, Röntgenfoto's direct beoordeeld, wonden bekeken en er kunnen beslissingen worden genomen, zonder overbodige vertraging. De protocollen voor de behandeling van chirurgische infecties, van brandwondpatiënten en andere ongevalspatiënten werden als app op ieders smartphone geïnstalleerd. Geen briefjes meer die midden in de nacht worden afgeleverd met de boodschap: "patient very sick, please come" om vervolgens de patiënt de laatste adem te zien uitblazen.

Daarna ging het in rap tempo de goede kant op. Door subsidies van de Medical Support Group SFH (www.stfrancishospital-msg.nl) en andere donateurs (Gradian Health Systems, Stichting Alle Beetjes, kerken in Australië en Nederland) en initiatieven van privé personen, kan een nieuwe recovery worden gebouwd, de operatiekamer gerenoveerd, worden nieuwe operatielakens gekocht, wordt de polikliniek heelkunde verbouwd en een "emergency room" gerealiseerd. Een groot punt van zorg was ook de brandwondafdeling. Jaarlijks worden 100 brandwond patiënten opgenomen. Tweederde onder de 16 jaar en de helft onder de vijf. Vrijwel alle faciliteiten ontbreken voor goede zorg en de hygiëne



Eén van de waterpompen die 65 meter diep geboord

laat sterk te wensen over. De mortaliteit is hoger dan in Nederland in 1952, mijn geboortjaar, en het aantal infecties enorm. Goede resuscitatie en een nieuw brandwond protocol verbeteren de situatie. Nadat we via een bedelactie op Facebook € 40.000 aan donaties binnen krijgen, kan ook de brandwondafdeling grondig worden gerenoveerd. Inmiddels was Wieke, mijn vrouw een zeer succesvolle actie begonnen om waterpompen te installeren rondom Katete. Dankzij de gulle 27.000 volgers op haar Facebook pagina konden 75 waterpompen geïnstalleerd worden rondom Katete. Waarschijnlijk een grotere bijdrage aan de volksgezondheid dan wat ik doe in het ziekenhuis.

Ik begon alleen, met twee ervaren paramedici en twee medisch studenten. Al snel kwam er hulp van Licentiaten in opleiding, chirurgen, (tropen)artsen en opleidingsassistenten heelkunde. In 2018 hadden we een gouden team van Natuurlijk is niet alles perfect. De scharen zijn nog steeds bot, de elektrocoagulatie soms defect, de stroomvoorziening op en af, gebrek aan medicijnen en bloed en de "surgical safety checklist" wordt nogal eens overgeslagen. Zijn er dan geen uitdagingen meer? Zeker. De spoedeisende hulp afdeling en een intensive care. Maar die komen er ook zodra de noodzakelijke papierwinkel is afgehandeld. Want wat nooit zal veranderen, is de enorme bureaucratie.

Wij genoten van de mensen, de cultuur en de schitterende natuur in het nabijgelegen South Luangwa National Park. Zes jaar Zambia, een droom die werkelijkheid werd.

RESEARCH PITCH



SECTIE EXPERIMENTELE GASTROENTEROLOGIE

Structural Remodeling of the Human Colonic Mesenchyme in Inflammatory Bowel Disease,

Kinchen et al., Cell 2018

Marieke Barnhoorn, arts-onderzoeker MDL LUMC

Inleiding: Waar het basale inflammatoire darmziekten (IBD) onderzoek zich de afgelopen jaren vooral heeft gericht op immuuncellen, onderzoeken Kinchen et al. in dit artikel een ander celtype, namelijk de mesenchymale cel in het colon.

Studie: Kinchen et al. hebben de coloncellen van 5 gezonde mensen en 5 nieuw gediagnosticeerde colitis ulcerosa (UC) patiënten geïsoleerd. Hieruit hebben zij de epitheel-, immuun- en rode bloedcellen verwijderd om vervolgens alleen de mesenchymale cellen te onderwerpen aan 'single-cell RNA-sequencing', om de genexpressie van deze cellen te bestuderen. Op basis van genexpressie profielen kunnen ze



11 groepen mesenchymale cellen onderscheiden in gezonde mensen, waaronder 4 niet eerder geïdentificeerde fibroblast subsets. In het colon van UC patiënten vinden ze dezelfde 4 fibroblast subsets, maar met een specifieke toename van de S4 subset. Deze subset lijkt een belangrijke rol te spelen in de regulatie van het immuunsysteem. Een verhoging van dezelfde subset fibroblasten werd gezien in een muismodel voor colitis en vervolgens tonen ze aan dat het targetten van de S4 subset, met een Lox inhibitor, de colitis in de muizen vermindert. Tenslotte laten zij met behulp van een mini-darm (organoid) ook zien dat de cytokines geproduceerd door de S4 subset kan zorgen voor schade aan epitheelcellen.

Klinische toepassing: Huidige IBD-therapieën zijn met name gericht op het remmen van immuuncellen. De studie van Kinchen et al. laat zien dat ook de mesenchymale cellen een target kunnen zijn van IBD-therapie. Met name het blokkeren van de S4 fibroblast subset is een interessant nieuw therapeutisch target.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30270042>



Increasing Infliximab Dose Based on Symptoms, Biomarkers, and Serum Drug Concentrations Does Not Increase Clinical, Endoscopic, and Corticosteroid-Free Remission in Patients With Active Luminal Crohn's Disease.

D'Haens et al. Gastroenterology 2018

Vera Valkhoff, aios-MDL, bestuurslid Sectie Inflammatoire Darmziekten

Inleiding: Therapeutische drug monitoring (TDM) is wijdverspreid en geeft richting aan de vervolgbehandeling van patiënten met de ziekte van Crohn (ZvC) in het geval van verlies van respons. Er komt steeds meer bewijs beschikbaar dat een te lage IFX-dalspiegel (< 3 mg/mL) en/of de ontwikkeling van anti-IFX antistoffen een slechtere klinische uitkomst hebben. TDM kan daarom mogelijk ook pro-actief ingezet worden om de behandeling te optimaliseren in een vroege fase.

Studie: In deze prospectieve, dubbel-geblindeerde gerandomiseerde studie werd gekeken of met TDM, met het doel

om de IFX dalspiegel boven de vastgestelde therapeutische dalspiegel van 3 mg/mL te houden in combinatie met symptomen en biomarkers, hogere percentages klinische en endoscopische remissie kon worden bereikt in patiënten met de ZvC ten opzichte van patiënten waarbij dosisverandering gebaseerd werd op symptomen alleen. Er werden 122 biologic-naïeve patiënten met actieve ziekte, na een inductie behandeling, verdeeld over drie behandelarmen. De drie IFX onderhoudsgroepen waren: Dosis intensificatie strategie [DIS]-1 groep waarbij de dosering werd opgehoogd tot 10mg/kg in stappen van 2.5 mg/kg gebaseerd op klinische symptomen, biomarkers en/of IFX dalspiegel; DIS-2 groep waarbij de dosering in een keer werd verhoogd van 5 mg/kg naar 10 mg/kg gebaseerd op dezelfde criteria; controle patiënten waarbij de dosering werd verhoogd naar 10 mg/kg op basis van klinische symptomen alleen. Slechts bij 25-30% van de patiënten in de DIS-1 en DIS-2 groep was een lage IFX dalspiegel de aanleiding om de IFX dosering op te hogen. Er werd geen verschil gevonden in corticosteroid-vrije klinische remissie (CDAI < 150) tussen de drie verschillende behandelarmen (33% DIS-1, 27% DIS-2 en 40% in de controle groep) tijdens de follow-up tussen 22 en 54 weken.

Klinische toepassing: Samenvattend heeft deze goed-opgebouwde TAILORIX studie niet kunnen aantonen dat ophogen van de IFX-dosering aan de hand van zowel klinische symptomen in combinatie met biomarkers en IFX-dalspiegel resulteerde in een betere klinische uitkomst dan symptoomgedreven ophoging van IFX. Er was in deze studie dus geen toegevoegde waarde van het routinematig meten van IFX dalspiegels in de onderhoudsfase. Voor nu is het de aanbeveling om TDM met name te bedrijven indien er sprake is van verlies van respons (reactieve TDM), totdat er eventueel nieuwe inzichten komen.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29317275>



Differences in outcomes over time with exclusive enteral nutrition compared with steroids in children with mild to moderate Crohn's disease: results from the GROWTH CD study.

Cohen-Dolev et al. J Crohns Colitis 2018

Wendy van der Woerd, kinderarts MDL, bestuurslid Sectie Kinder-MDL

Inleiding: Bij kinderen met milde tot matig ernstige ziekte van Crohn is voedingstherapie (exclusieve enterale nutritie; EEN) even effectief voor remissie-inductie als behandeling met corticosteroiden en heeft bovendien minder bijwerkingen. Daarnaast lijkt behandeling met EEN ook geassocieerd met een significant beter herstel van de mucosa. In deze studie wordt geëvalueerd of dit ook leidt tot betere lange termijn uitkomsten.

Studie: De GROWTH CD is een prospectief multicenter cohortonderzoek waarin recent gediagnosticeerde en nog onbehandelde kinderen met de ziekte van Crohn gedurende 2 jaar werden vervolgd. De studie had als doel het effect van verschillende behandelingen te evalueren op vroege nadelige uitkomsten in aansluiting op de eerste remissie zoals groeiretardatie, recidief of een gecompliceerd beloop. Gedurende de studie werd bij aanvang en na 8, 12, 78 en 104 weken vastgelegd of er sprake was van remissie, recidieven, complicaties en ook werd de groei vervolgd. Van de kinderen met mild tot matig ernstige ziekte van Crohn (PCDAI < 40) werden er 147 behandeld met EEN (60) of corticosteroiden

(87). EEN was significant beter dan corticosteroiden in het induceren van remissie (63% vs 47%; $p=0.036$). Desondanks was het percentage recidieven, complicaties en chirurgische ingrepen in beide groepen vergelijkbaar. Bij evaluatie van de groei was de gemiddelde lengte Z-score in de corticosteroid groep in week 78 significant lager ten opzichte van de uitgangswaarde terwijl de lengte stabiel bleef bij de kinderen behandeld met EEN.

Klinische toepassing: Naast een beter herstel van de mucosa resulteert inductiebehandeling met EEN ook in een hoger percentage klinische remissie en voorkomt afname van lengtegroei geassocieerd met corticosteroid behandeling. Het risico op een recidief of complicaties is bij beide behandelingen vergelijkbaar. Deze studie ondersteunt daarmee de huidige ECCO richtlijn die voedingstherapie aanbeveelt als eerste keus inductiebehandeling voor ongecompliceerde mild tot matig ernstige ziekte van Crohn bij kinderen.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29165666>

SUBSIDIE VERVOLGD

DE NEDERLANDSE DONOR FECES BANK (NDFB.NL):

Een landelijke multidisciplinaire werkgroep voor fecestransplantatie met focus op kwaliteit en veiligheid

Middels is fecale microbiota transplantatie (FMT of donor feces infusie) een onomstreden behandeling voor patiënten met een recidiverende *Clostridium difficile* infectie en wordt FMT voor een groot aantal aandoeningen als experimentele therapie onderzocht. Tot voor enkele jaren geleden was het nog best lastig om een patiënt middels donor feces transplantatie te behandelen, omdat de screening van donoren tijdrovend en duur is en vaak moeizaam verloopt. Tegenwoordig is het mogelijk om bij de Nederlandse Donor Feces Bank kant en klare donor feces suspensies te bestellen, waardoor elke MDL arts deze behandeling eenvoudig toe kan passen. Belangrijk bijkomend voordeel is dat centralisatie van de donorscreening kwaliteit en veiligheid bevordert.

De NDFB kreeg als multidisciplinaire werkgroep van de NVGE een subsidie.

Oprichting van de NDFB

De Nederlandse Donor Feces Bank is opgericht met een

implementatie-subsidie van ZonMW, met als doel de resultaten van de FECAL trial (van Nood et al., NEJM 2013; 368:407-415) te vertalen tot toepassing in de dagelijkse praktijk. Bij een zoektocht naar een geschikte locatie werd gekozen voor het microbiologisch laboratorium van het LUMC, waar onder leiding van professor Ed Kuijper veel onderzoek naar *C. difficile* wordt gedaan. De NDFB maakt in het LUMC gebruik van de faciliteiten van de centrale Biobank, die geleid wordt door professor Hein Verspaget. Een multidisciplinaire werkgroep met experts uit verschillende instituten in Nederland vormt de basis van de NDFB, en bestaat uit MDL artsen, microbiologen, infectiologen, een methodoloog en verschillende onderzoekers.

Werkproces NDFB

De NDFB is in eerste instantie opgezet om de behandeling van patiënten met recidiverende of ernstige en therapieresistente *C. difficile* infectie te faciliteren. Aanvragen (via info@ndfb.nl of via één van de werkgroepleden) worden



via de email door werkgroepleden beoordeeld en al of niet geaccordeerd. Bij een deel van de aanvragen wordt geadviseerd om eerst nog aanvullende diagnostiek te verrichten of een andere behandeling in te zetten. Indien FMT geïndiceerd is wordt in overleg met de lokale behandelaar afgesproken wanneer de kant en klare donor fecessuspensie wordt opgestuurd (over het algemeen 2 dagen voorafgaand aan de geplande donor feces infusie). Een patient kan via de lokale behandelaar gevraagd worden om feces samples op te sturen (naar de NDFB) voor wetenschappelijk onderzoek,

effectevaluatie en onderzoek bij een mogelijk adverse event. Tevens ontvangt de behandelaar een instructie voor het ontdooien en de toediening van de fecessuspensie. Na de FMT verzamelt de NDFB via de lokale behandelaar en bij de patiënten gegevens over uitkomsten en veiligheid van de behandeling. Hiermee kan de NDFB haar werkwijze steeds evalueren.

Josbert Keller, MDL arts

Liz Terveer, microbioloog en coördinator NDFB

CASUS YENTL HAAN

Meal in, meal out, day in, day out

Op maandag 19 november jl. vond de casuïstische conferentie plaats in de Jaarbeurs in Utrecht. Er waren 130 deelnemers uit drie regio's aanwezig: het Amsterdam UMC, locatie VUmc, het Erasmus Medisch Centrum Rotterdam en het Maastricht UMC.

Na het gebruikelijke Indonesisch buffet kwam weer een breed palet aan onderwerpen voorbij. De casus worden steevast beoordeeld op (1) originaliteit van het onderwerp, (2) de wetenschappelijk onderbouwing, (3) de klinische relevantie, (4) de ondersteunende powerpoint slides en (5) de gebruikte foto's en eventuele videopresentaties. Yentl Haan, aios MDL in het Erasmus MC scoorde het hoogst met haar presentatie "meal in, meal out, day in day out".

Een 20-jarige vrouw wordt naar onze polikliniek MDL verwezen voor een second opinion in verband met sinds 4 maanden bestaande klachten van braken. Ze heeft een blanco voor geschiedenis en is een half jaar geleden teruggekomen van een 8 maanden durende stage in Thailand. Twee maanden na terugkomst is zij van de ene op de andere dag begonnen met braken, wat enkele minuten na het eten start. Er is geen sprake van misselijkheid, dysfagie, reflux, buikpijn of een veranderd defecatiepatroon. Inmiddels is zij 18 kg afgefallen en weegt 60 kg (BMI 20 kg/m²). Bij het lichamelijk onderzoek worden geen afwijkingen gevonden. Naast de anticonceptiepijl gebruikt patiënte zo nodig metoclopramide, wat geen verbetering van de klachten geeft.

In het verwijzende centrum is reeds uitvoerig aanvullend on-



derzoek verricht. Bloedonderzoek, inclusief cortisol en TSH, is normaal. Zwangerschapstesten zijn bij herhaling negatief. Echografisch onderzoek van het abdomen, CT-abdomen, gastroscopie, slikfoto en maagontledigingsonderzoek laten geen afwijkingen zien. Uiteindelijk wordt een MRI cerebrum verricht, welke geen afwijkingen laat zien. Patiënte wordt naar de psychiater en naar ons verwezen voor een second opinion.

Een maagontledigingsonderzoek met vloeibaar voedsel is niet bijdragend aangezien patiënte gedurende het eerste uur veelvuldig braakt. Bij gebrek aan aanknopingspunten bij aanvullend onderzoek wordt de anamnese nogmaals uitgediept. Het is patiënte opgevallen dat zij niet meer menstrueert en dagelijks galactorroe heeft. Opnieuw is een zwangerschapstest negatief. Het braken beschrijft patiënte als redelijk gecontroleerd, het braaksel loopt uit haar mond en gaat niet gepaard met misselijkheid of kokhalsneigingen. Eigenlijk smaakt het 'braaksel' naar wat zij net gegeten heeft en is niet zuur. Concluderend is hier geen sprake van braken maar van rumineren passend bij het ruminatiesyndroom. Patiënte krijgt ademhalingsoefeningen waarna de klachten volledig verdwijnen en haar gewicht weer toeneemt. Vanwege de amenorroe en galactorroe verwijzen wij haar naar de internist. De amenorroe wordt geduid bij ondervoeding en de galactorroe als bijwerking van de metoclopramide in combinatie met dagelijkse stimulatie van de tepels. Rumineren is afgeleid van het Latijnse woord 'ruminare' oftewel 'herkauwen'. Het ruminatiesyndroom is recidiverend regurgitatie van de net gegeten maaltijd tot in de mond met vervolgens uitspugen of herkauwen en doorslikken. Daarnaast is een vereist criterium voor de diagnose dat het

rumineren niet gepaard gaat met kokhalzen. Bijdragende criteria zijn dat patiënten vaak niet misselijk zijn, het rumineren stopt als het braaksel zuur wordt, en het vaak herkenbaar voedsel betreft met een aangename smaak. Het begin van de klachten moet minimaal 6 maanden geleden zijn, waarbij de patiënt in de afgelopen 3 maanden aan bovenstaande criteria moet voldoen (Figuur 1).¹ Het ruminatiesyndroom is een klinische diagnose die veelal door een uitgebreide anamnese gesteld kan worden. Indien er twijfel bestaat, kan een pH-impedantiemeting met hoge resolutie manometrie (HRM) verricht worden. Rumineren is het gevolg van een vrijwillige, maar onbewuste contractie van de buikspieren waardoor een verhoogde intragastrische druk ontstaat. Bij pH-impedantiemeting met HRM wordt deze verhoging van de intragastrische druk (vaak > 30mm Hg) gezien vóór of tegelijkertijd met omhoogstuwen van de maaltijd in de slokdarm (Figuur 2).²

Voorheen werd gedacht dat het ruminatiesyndroom alleen bij kinderen en mentaal geretardeerden gezien wordt. Inmiddels is bekend dat het bij iedereen kan voorkomen, op alle leeftijden. Het komt vaker bij vrouwen voor en kan gepaard gaan met substantieel gewichtsverlies.³ Er is vaak een behoorlijke dokters delay. Patiënten worden pas na gemiddeld 3 jaar gediagnosticeerd waarbij zij gemiddeld door 5 artsen gezien zijn.

De hoeksteen van de behandeling is de buikademhaling, welke al in spreekkamer aangeleerd kan worden. De patiënt wordt geïnstrueerd een hand op de thorax en op de buik te leggen. Het doel is om de thorax stil te houden en alleen de buik te bewegen bij de ademhaling (Figuur 3). Door dit te oefenen en toe te passen tijdens en de vlak na de maaltijd

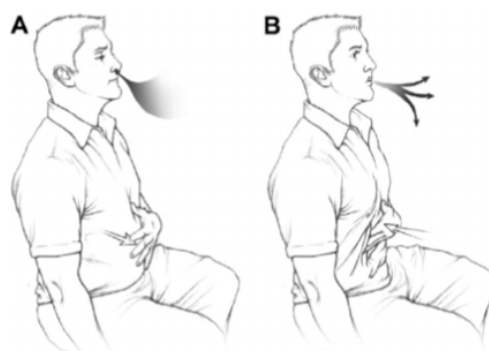
kunnen de episodes van ruminatie bij 20 tot 66% van de patiënten verminderen of geheel verdwijnen.¹

Drs. Y.C.L. Haan, aios MDL, Erasmus MC

Drs. S. Coenen, MDL-arts, Erasmus MC

Referenties

1. Halland M, Pandolfino J, Barba E. Diagnosis and Treatment of Rumination Syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. 2018; 16:1549–1555
2. Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL, Malagelada JR, Suzuki H, Tack J, Talley NJ. Gastrointestinal Disorders. *Gastroenterology*. 2016 May;150(6):1380–92.
3. O'Brien MD, Bruce BK, Camilleri M. The rumination syndrome: clinical features rather than manometric diagnosis. *Gastroenterology*. 1995; 108(4):1024–9.



Figuur 2: Buikademhaling. Figuur uit "Diagnosis and Treatment of Rumination Syndrome" van M. Halland, 2018, *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 16:1549–1555.

Rome criteria ruminatiesyndroom

Vereiste criteria

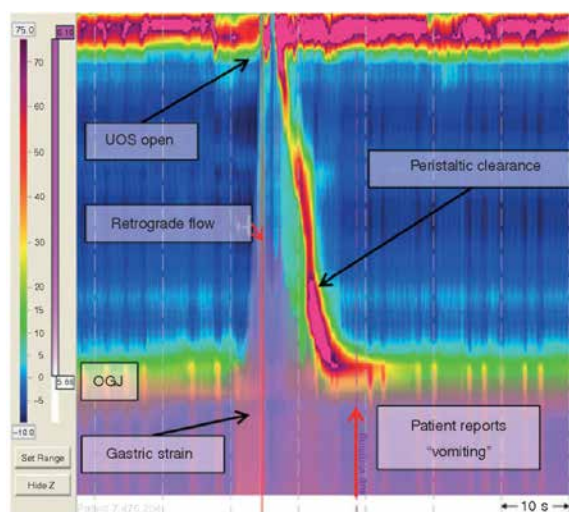
- Recidiverend regurgitatie van de net gegeten maaltijd tot in de mond met vervolgens uitspugen of herkauwen en doorslikken
- Rumineren gaat niet gepaard met kokhalzen

Bijdragende criteria

- Vaak geen sprake van misselijkheid
- Gerumineerde voedsel betreft vaak herkenbaar voedsel met een aangename smaak
- Rumineren stopt als het gerumineerde voedsel zuur wordt

Het begin van de klachten moet minimaal 6 maanden geleden zijn, waarbij de patiënt in de afgelopen 3 maanden aan bovenstaande criteria moet voldoen.

Figuur 1: Diagnostische criteria ruminatiesyndroom



Figuur 3: Ruminatie-episode vastgelegd met hoge resolutie manometrie met pH-impedantiemeting. Figuur uit "Rumination variations: aetiology and classification of abnormal behavioural responses to digestive symptoms based on high-resolution manometry studies" van E. Tucker, 2013, *Aliment Pharmacol Ther.* 37:263–74

Bestuur

Het bestuur kwam in 2018 dertien keer bijeen in wisselende samenstellingen. Naast de reguliere (kern)bestuursvergaderingen, is er jaarlijks een brainstormsessie, een tweetal abstractvergaderingen en een bijeenkomst met de sponsors.

Leden

In 2018 werden in totaal 109 nieuwe leden aangenomen. 77 leden beëindigden het lidmaatschap en 20 leden werden geroyeerd.

Ledenaantallen per 1 januari 2019 per vereniging/sectie

Nederlandse Vereniging voor Gastroenterologie	1849
Sectie Gastrointestinale Endoscopie	598
Sectie Neurogastroenterologie en Motiliteit	248
Netherlands Society for Parental and Enteral Nutrition	211
Sectie Experimentele Gastroenterologie	345
Sectie Kindergastroenterologie	130
Sectie Inflamatoire Darmziekten	279
Sectie Gastrointestinale Oncologie	272
Bloklidmaatschap ESPEN/NESPEN	77
Ereleden/niet contribuerend	14
V&VN MDL (buitengewone leden)	729

Aantal deelnemers Digestive Disease Days in 2018

Aantal deelnemers Digestive Disease Days in 2018	
Aantal deelnemers voorjaar	1188
Aantal deelnemers najaar	1232

Tijdens de NVGE dagen waren in het voorjaar **45** en in het najaar **46** bedrijven aanwezig met een stand.

NVGE activiteiten

DDD: Digestive Disease Days 2018

Op 22 en 23 maart werd het DDD-voorjaarscongres georganiseerd.

Tijdens de president select sessie werden abstractprijzen toegekend aan A.C.G. van Baar voor het abstract: Duodenal mucosal resurfacing elicits improvement in glycemic and hepatic parameters in type 2 diabetes: complete 1 year results from the first multicenter study en aan E. Neelis voor het abstract: Body composition and growth in children with intestinal failure receiving long-term parenteral nutrition. De abstracts werden gepresenteerd tijdens de plenaire president select sessie.

In het najaar, op 4-5 oktober, ging de oorkonde voor het

president select abstract naar C.R. Meijer-Boekel voor het abstract: Children from coeliac families benefit from early diagnosis and treatment: an analysis of the PreventCD cohort en naar J. van Hilst voor het abstract: Laparoscopic versus Open Pancreatoduodenectomy (LEOPARD-2): a Multicenter Randomized Controlled Trial.

De NVGE Student Awards werd tijdens de DDD in het voorjaar uitgereikt aan R.A.B. Oude Nijhuis voor het abstract: The Natural Course and Long-term Consequences of Untreated Eosinophilic Esophagitis in a Large Cohort en in het najaar aan L.W. Zwager voor het abstract: Endoscopic full-thickness resection of colorectal lesions - a nationwide prospective cohort study.

Casuïstiek

De (geaccrediteerde) besprekingen in de Jaarbeurs werden in 2018 in april en november voortgezet volgens het in 2017 geïntroduceerde nieuwe format. Per avond worden drie OORs betrokken die elk drie presentaties van 10 minuten verzorgen met aansluitend discussie. De presentaties worden beoordeeld door een jury. De prijs bestaat uit een oorkonde en een boekenbon en een uitnodiging om de casus in DDD news te publiceren. Het nieuwe format en het competitieve element leidde tot een grote opkomst en enthousiaste deelname vanuit de verschillende OORs.

Prijzen

De jury van de NVGE Gastrointestinale Research Prijs beoordeelde, onder voorzitterschap van Dr. L.J.W. van der Laan, in totaal 7 ingezonden proefschriften.

De winnaar was Dr. R. van Golen voor het proefschrift getiteld: A treatment rationale for surgery-induced liver injury. De tweede prijs ging naar Dr. Y.H. van Beurden voor het proefschrift: The intestinal microbiota disrupted & restored.

Aantal toegekende reisbeurzen in 2018

Het aantal toegekende reisbeurzen aan NVGE-leden bedroeg in het afgelopen jaar in totaal 18.

Proefschrift sponsoring

34 leden maakten dit jaar van deze mogelijkheid gebruik en ontvingen een bijdrage in de drukkosten van € 500,-. De samenvattingen van deze proefschriften, en ook die van eerdere jaren, zijn te vinden op www.nvge.nl.

Gastrostartsubsidies

In 2018 ontvingen 9 leden een Gastrostartsubsidie.

C.J. van der Woude, secretaris NVGE

Sectie Experimentele Gastroenterologie

De Sectie Experimentele Gastroenterologie (SEG) heeft tot doel een forum te zijn voor basaal wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de spijsverteringsorganen. Daarnaast stimuleert de sectie basaal wetenschappelijk onderzoek en de samenwerking tussen verschillende onderzoeksgroepen op het gebied van de gastroenterologie. Tot slot levert de SEG een bijdrage in drukkosten van proefschriften van haar leden.

Digestive disease days 2018

Tijdens de DDD voorjaar was er een mooi programma met 19 geselecteerde abstracts verspreid over 3 sessies op donderdag en vrijdag. De sessie werden ingeleid door een expert lecture binnen het thema (IBD/Oncologie) van de daarop volgende abstracts. De prijs voor het beste abstract was voor Sarah Ouahoud (LUMC) met haar project: "TRAIL produced by SMAD4 deficient tumors stimulates BMP2 production by fibroblasts and enhances colorectal cancer invasiveness". Na het succes van de afgelopen jaren vond ook dit jaar een battle plaats, waarin jonge auteurs van drie in 2015 gepubliceerde artikelen in 5 minuten hun paper mochten presenteren. Na het succes van de afgelopen jaren vond ook dit jaar een battle plaats, waarin jonge auteurs van vier in 2017 gepubliceerde artikelen hun paper mochten presenteren in 5 minuten, waarna de winnaar de Junior Research Prize in ontvangst mocht nemen. In 2019 zal de battle opnieuw gehouden worden voor artikelen gepubliceerd in 2018.

Proefschriftsponsoring

De SEG heeft in 2018 aanvullende sponsoring gegeven voor de volgende proefschriften:

Dr. J.R. de Bruyn, Academisch Medisch Centrum, Tytgat Instituut "Fibrosis and vitamin D in inflammatory bowel diseases IBD considered from both basic and clinical perspectives"

Dr. R. Schilderink, Academisch Medisch Centrum, Tytgat Instituut "Epigenetic mechanisms regulating the inflammatory response"

Bestuur

In 2018 is het bestuur ongewijzigd gebleven met Manon Wildenberg (voorzitter) en Luuk Hawinkels (secretaris), Rinse Weersma (penningmeester, opgevolgd eind 2018 door Noortje Festen) en Daisy Jonkers (lid).

Dr. Luuk Hawinkels, secretaris

Sectie Gastrointestinale Endoscopie

In 2018 heeft de sectie endoscopie naast de jaarlijkse abstractsessies wederom een symposium in het voorjaar georganiseerd met als titel "Battles in Endoscopy". Hier werden drie battles uitgevochten tussen MDL artsen enerzijds en chirurgen en interventieradiologen anderzijds. Een goed bezocht en beoordeeld symposium.

In het najaar is het inmiddels traditionele videosymposium opnieuw gehouden met leerzame, interessante en unieke video's van eigen bodem.

De sectie Gastrointestinale Endoscopie is met bijna 600 leden de grootste sectie van de NVGE. Veel van de leden maken gebruik van het dual membership waardoor men ook lid is van de ESGE en het tijdschrift Endoscopy ontvangt. Er hebben in 2018 grote mutaties plaats gevonden binnen het bestuur van de sectie Gastrointestinale Endoscopie. Uit het bestuur van de sectie zijn getreden Jacques Bergman, Maarten Jacobs, Yolanda Keulemans en Tessa Römken en we zijn hun dankbaar voor de inzet afgelopen jaren. Bas Weusten en Jan-Werner Poley zijn bereid gevonden om nog aan te blijven in het bestuur van de sectie. Als nieuwe leden zijn toegetreden Marcel Groenen (voorzitter), Erik Schoon (secretaris), Wouter Nagengast (penningmeester), Barbara Bastiaansen (lid), Judith Honing (lid) en Leon Moons (lid).

NB de sectie endoscopie streeft naar een grotere betrokkenheid van de leden van de sectie bij verschillende activiteiten. Belangstellenden hiervoor kunnen zich kenbaar maken.

Dr. Marcel Groenen, voorzitter

Sectie Gastrointestinale Oncologie

De sectie oncologie heeft als doelstelling om een multidisciplinair platform te bieden voor de gastro-intestinale oncologie in Nederland. Tijdens de DDD in voor- en najaar wordt een sessie verzorgd waarin de beste abstracts met oncologische onderwerpen worden gepresenteerd. Het aantal ingestuurde abstracts was in 2018 in totaal 22, waarvan er 15 werden geaccepteerd voor presentatie. Verder organiseerde de sectie ook in 2018 weer tijdens het voorjaarscongres een thema symposium, met dit keer als onderwerp "Immunotherapie bij gastro-intestinale maligniteiten en gastro-intestinale bijwerkingen van immunotherapie". De sectie bestaat



sinds 2012 en heeft 272 leden, bestaande uit onder andere MDL-artsen, chirurgen en pathologen. Tijdens de najaarsvergadering werd er een algemene ledenvergadering georganiseerd waarin de bestuurswisselingen werden aangekondigd. De samenstelling van het bestuur van de sectie oncologie is hetzelfde als die van de commissie oncologie van de NVMDL.

Bestuursamenstelling:

Jolanda van Dieren, voorzitter; Marloes Bigirwamungu, secretaris; Eric Gielisse, penningmeester. Leden: Kristien Tytgat; Ruud Schrauwen; Manon Spaander; Lieke Hol; Gerben Schouten en Niels van Lelyveld. Toegetreden per 2018: Lotte van Vlerken (vertegenwoordiger aios), Tanya Bisseling

Dr. Jolanda van Dieren



Sectie Inflammatoire Darmziekten (IBD)

De sectie Inflammatoire Darmziekten (IBD) richt zich vooral op klinisch wetenschappelijk onderzoek naar inflammatoire darmziekten en organiseert de wetenschappelijke vergaderingen tijdens de NVGE en ieder najaar ook een nascholings-symposium op IBD gebied.

In maart 2018 werd er een Post ECCO symposium georganiseerd, waarbij de sprekers Dr. Oldenburg, dr. Pierik, dr. Maljaars en dr. Lange nieuws deelden met een volle zaal publiek. Meer dan 20 abstracts werden gepresenteerd tijdens de 2 abstractsessies IBD op donderdagmiddag. De sprekers hielden zich goed aan de tijd en de voorzitters dr. M. Pierik, dr. C. Spooren en dr. D. Leemreis en dr. A.E. van der Meulen lieten zo ruimte voor discussie met de zaal.

Tijdens het najaar was er een druk bezocht en goed symposium over het microbiom. Prof. dr. C. Probert uit Liverpool was te gast en hield een fraaie presentatie met als titel "SysMed-IBD drug repurposing approach and identification of clarithromycin". Dr. D. Jonkers gaf een overzicht over antibiotica gebruik in IBD en Prof. C. Ponsioen sprak over de huidige stand van zaken betreffende faecetransplantatie. Ook gaf hij een presentatie over acute colitis ulcerosa. Er waren weer veel abstracts ingediend. De eerste abstractsessie op donderdagmiddag werd voorgezeten door dr. D. Leemhuis en dr. A.E. van der Meulen. Deze sessie werd afgesloten door korte pitches van Principal Investigators van lopend onderzoek van Nederlandse Bodem. Op deze manier is iedereen weer op de hoogte en kunnen patiënten worden

geïncorporeerd in deze onderzoeken. De IBD abstracts die raakvlakken hadden met de heelkunde, werden gepresenteerd op het NVGIC abstractsessie. Een streven vanuit de sectie is om vaker samen te werken met andere secties binnen de NVGE.

Het huidige bestuur bestaat uit Andrea van der Meulen (voorzitter), Marieke Pierik, Corinne Spooren (aios), Vera Valkhoff (aios), Desiree Leemreis. De functie van secretaris werd niet opgevuld, maar inmiddels is hier een kandidaat voor.

Dr. Andrea van der Meulen, voorzitter



Sectie-Kinder MDL

De sectie kinder-MDL (SMDL) maakt zowel deel uit van de Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde (NVK) als van de NVGE. De sectie is vertegenwoordigd in de besturen van de NVGE en de wetenschappelijke raad van de Maag Lever Darm Stichting. De sectie telde eind 2018 129 leden vanuit de NVGE en 110 leden vanuit de NVK, waarvan 41 lid waren van beide verenigingen. De sectie telde 44 geregistreerde kinderartsen MDL.

Sectie brede bijeenkomsten

- | | |
|---------------|--|
| Maart 2018 | Sectie vergadering tijdens DDD met gezamenlijk symposium met MDL: Jong gekregen-Oud gehouden |
| Juni 2018 | Sectie vergadering, lever en dunne darm-transplantatie bespreking in combinatie met casuïstiek bespreking (Jaarbeurs te Utrecht) |
| December 2018 | Sectie vergadering, lever en dunne darm-transplantatie bespreking in combinatie met casuïstiek bespreking (Jaarbeurs Utrecht) |

Werkgroep kinder-IBD (KICC)

In KICC (Kids with Crohn's and colitis) zijn 22 kinderartsen-MDL actief. De werkgroep, opgericht in 2008, houdt zich bezig met multicenter studies. In 2018 is een aanpassing van de richtlijn van IBD bij kinderen afgerond.

Werkgroep Leverziekten

Sinds de start in 2016 hebben zich inmiddels 8 kinderartsen MDL aangesloten bij deze werkgroep. Een multi center onderzoek naar de genetische achtergronden bij PSC is afgerond en richtlijnen voor leverziekten bij kinderen zijn in voorbereiding.

Werkgroep- Rond de Tafel Cystic Fibrosis

Naast KMDL-artsen zijn in deze groep ook vertegenwoordigers van de diëtetiek uit de CF Centra en de Nederlandse CF stichting (NCFS) vertegenwoordigd. Doel is landelijk evaluatie van zorguitkomsten, uniformering beleid en gezamenlijke protocollen. In 2018 werd een landelijk protocol voor de monitoring van leverziekten na start van CFTR eiwit modulierende behandelingen opgesteld en werd een gezamenlijk studie afgerond naar de overleving van CF patiënten met cirrose in Nederland.

Opleiding in 2018

Momenteel zijn er 7 kinderartsen MDL in opleiding in Nederland.

Bestuurssamenstelling:

Voorzitter: dr. B.G.P. Koot; Vice voorzitter: dr. T. Hummel; secretaris: dr. S.T.A. Teklenburg-Roord; penningmeester: dr. R. Scheenstra, vertegenwoordiger fellows: dr. W. van der Woerd.

Dr. Sarah Teklenburg-Roord, secretaris
(s.t.a.teklenburgroord@isala.nl)



Sectie Neurogastroenterologie en Motiliteit

De sectie NGM steunt wetenschappelijk gastrointestinaal onderzoek en geeft middels interessante voor- en/of najaarsbijeenkomsten de basale Neurogastroenterologie en klinisch relevante Motiliteitsonderzoeken een platform.

Van 29 augustus tot 1 september 2018 vond in de RAI Amsterdam het NGM wereldcongres van de Federation of Neurogastroenterology and Motility (FNM) plaats en onze sectie was actief betrokken bij de organisatie. Het congres werd door ruim 900 deelnemers bezocht, afkomstig uit ruim 60 landen. De eerste dag van het congres was er een klinische Postgraduate course on GI motility: An update for the clinician met gerenommeerde sprekers uit de hele wereld.

In de najaarsvergadering 2018 werd het symposium "Clinical management of constipation" gehouden met wederom veel expertise uit Nederland en Europa. De sprekers T. Vanuytsel (Leuven), D. Keszthelyi (Maastricht), A. Emmanuel (London), M. Benninga (Amsterdam) en T. Lam (Arnhem) gaven de toehoorders inzichten over diagnostiek en behandeling van obstipatie, het effect van opiaten op het maagdamkanaal en over anorectale aandoeningen.

Onze sectie is betrokken bij de recente oprichting van een Neurogastroenterologie taskforce om de zorg voor patiënten met functionele buikklachten te optimaliseren. Hierbij zijn 12 centra (zowel academisch als perifeer) uitgenodigd om een netwerk van expertise centra op te zetten. De MLDS heeft geld beschikbaar gesteld voor enkele projecten: awareness campagne over PDS, opzet netwerk expertise centra en keuzehulp voor PDS patiënten.

De sectie Neurogastroenterologie en Motiliteit is lid van de European Society of Neurogastroenterology and Motility (ESNM) en de voorzitter van de sectie is lid van het ESNM bestuur. Hierdoor zijn alle leden van de sectie ook lid van de ESNM en maken zij dus aanspraak op een gratis lidmaatschap van het tijdschrift Neurogastroenterology and Motility en op gereduceerde tarieven voor internationale motiliteitscongressen van ESNM en FNM.

De sectie Neurogastroenterologie en Motiliteit telt xxx leden.

Bestuurssamenstelling:

A.J. Bredenoord, voorzitter, J.M. Conchillo, secretaris
M.A. Benninga, penningmeester,
D.P. Hirsch, F. B. van Hoeij, D. Keszthelyi, A.J.P.M. Smout, R. van den Wijngaard, Dr. José Conchillo, secretaris
Dr. Arjan Bredenoord, voorzitter

NESPEN 2018



Het jaar 2018 stond voor NESPEN in het kader van veranderingen. Na een succesvol 2017 waarin NESPEN het ESPEN congres in den Haag voor ruim 3300 deelnemers uit 95 landen organiseerde, is het bestuur veranderd en zijn plannen gemaakt om klinische voeding in Nederland breder uit te dragen. Samenwerking met andere organisaties op gebied van (klinische) voeding is hierbij een aandachtspunt.

Onderzoek en onderwijs op gebied van voeding

NESPEN stimuleert actief het voedingsonderzoek in Nederland. In 2018 zijn de activiteiten gecontinueerd zoals het uitgeven van de ESPEN travelgrant bij de voorjaarsbijeenkomst, het lid maken van ESPEN van de sprekers tijdens de symposia, de proefschriftprijs en voeding en metabolisme op de onderwijskaart te zetten van artsen.

NESPEN was in 2018 mede organisator van het landelijke voedingscongres. Het congres gaf een mooie terugblik op het congres van 2017 en er was voor de deelnemers ook de mogelijkheid om een ESPEN LLL life module (nutrition and geriatrics) bij te wonen. De samenwerking met het voedingscongres is goed bevallen en zal in de toekomst verder uitgewerkt worden.



JAARVERSLAG 2018 NVGE

Voor- en najaarscongres DDD NVGE

Tijdens de voorjaarsbijeenkomst van de DDD is de proefschrift prijs van NESPEN uitgereikt aan Dr. Kirsten van der Beek uit het MUMC: "The gut in control of health and disease: Unraveling the role of short chain fatty acids in human metabolism". De travelgrant (bijwonen ESPEN congres in Madrid) voor het best scorende abstract is gewonnen door mw Judith Beurskens (Verpleegkundig Specialist Radboud UMC): "Evaluation of quality of life and caregiver burden in home parenteral nutrition patients: a cross sectional study". Tijdens de najaarsbijeenkomst is een symposium georganiseerd met titel 'Nutrition, the 2018 update', waarin naast een aantal abstracts, voeding bij IBD en refeedingsyndroom werden besproken.

Ondervoeding

Tijdens het ESPEN congres in Madrid zijn de GLIM criteria gepresenteerd, de uitkomsten van het Global Leadership Initiative on Malnutrition. Deze wereldwijde criteria voor de diagnose ondervoeding, zullen ook in Nederland geïmplementeerd moeten worden en NESPEN ziet dit als een van de taken die in 2019 opgepakt zullen worden. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30181091>

Financiële situatie NESPEN

Uit de organisatie van het congres in 2017 zijn inkomsten gegenereerd waarmee toekomstplannen mogelijk zijn. De intentie is om kostendekkend te zijn.

Bestuurssamenstelling

In 2018 is Dr. M.J.M. Serlie, internist-endocrinoloog AUMC, locatie AMC, voorzitter geworden van NESPEN. Dr J. Olie-man, diëtist EMC is de nieuwe penningmeester en aan het bestuur zijn verder toegevoegd Dr. A. van Zanten, intensivist

Gelderse Vallei, Prof. dr. B. Witteman, MDL arts Gelderse Vallei / WUR, mw W. Kuin, verpleegkundig specialist Noord West Ziekenhuis, mw J. Beurskens, verpleegkundig specialist UMC st Radboud en Dr. M.F.M. van Stijn, anesthesist AUMC, locatie AMC. Afscheid heeft NESPEN genomen van Dr. G. Wanten, Dr. K. Joosten en mw M. Klos.

Dr. M.J.M. Serlie, voorzitter

C.F. Jonkers - Schuitema, secretaris

V&VN MDL

In 2018 hebben we ons als bestuur gefocust op het voortzetten van scholingen en stabiliseren van ons bestuur. Onze afdeling is een stabiele afdeling die nog steeds groeit. We begonnen in 2010 met 343 leden. Op dit moment telt de afdeling 697 leden, dit is 37 leden meer dan in januari 2018.

Afdelingsstructuur

De netwerken die binnen de V&VN MDL horen zijn: endoscopie, lever, IBD, verpleegkundig endoscopist, voeding, MDL chirurgie-oncologie en verpleegkundig specialisten MDL. De netwerken chirurgie-oncologie en VS MDL zijn in 2017 gestart en nog in verdere ontwikkeling. Netwerken organiseren eigen bijscholing en hebben een eigen netwerkdeel op de website.

Positionering

In 2018 zijn we verder gegaan met communicatie met behulp van Facebook en Twitter. Daarnaast zijn er directere contacten gelegd met de Nederlandse Vereniging voor Hepatologie en met de Maag Darm Leverstichting.



Bestuursleden 2018	Rol binnen bestuur	Contactpersoon voor
Thea Korpershoek	Voorzitter	V&VN, NVMDL, NVGE, beleidsplan, jaarplan, opleiding MDL vpk, expertisegebied, kwaliteitsregister, nieuwsbrief, sedatie, RIVM, netwerk verpleegkundig specialisten MDL, sponsoring, scholingsplan
Ellen Sprong	Secretaris	V&VN, sponsoring, website, secretariaat
Rickhaira van Rhee	Penningmeester	V&VN, financiën, sponsoring, scholingsplan
Carmen van der Aa	Aspirant bestuurslid	Leidinggevend endoscopie
Anita Boersen	Bestuurslid	Verpleegkundig endoscopisten, RIVM, CZO
Mandy van Hout	Bestuurslid	Endoscopie, scholingscommissie
Erica Ruiter	Bestuurslid	Voeding
Kitty Samson	Aspirant bestuurslid	Endoscopie
Carina Verstraete	Aspirant bestuurslid	Lever
Marthe Verwey	Bestuurslid	N-IBD
Nienke Ipenburg	Bestuurslid	MDL chirurgie/oncologie



Achterste rij: Mandy van Hout, Carina Verstraete, Anita Boersen
Middelste rij: Thea Korpershoek, Rickhaira van Rhee, Ellen Sprong, Marthe Verwey, Nienke Ipenburg
Voorste rij: Erica Ruiter, Kitty Samson

Gezamenlijk organiseren

Een aantal congressen werd gezamenlijk georganiseerd, denkend aan het voor- en najaarscongres. Daarnaast organiseerden netwerken eigen bijscholingsavonden/ dagen. Samen met de NVMDL werd een kwaliteitsdag in Amsterdam georganiseerd. Ook is er een samenwerking met de ESGENA.

Lever

In 2018 heeft het levernetwerk een nationale leverdag voor verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten georganiseerd. Naast anatomie en fysiologie van de lever kwamen levertestafwijkingen en complicaties bij cirrose aan de orde. In het tweede gedeelte was er aandacht voor auto immuun aandoeningen waaronder auto immuun hepatitis, PSC en PBC. De scholing was met 60 betalende deelnemers goed bezocht. De evaluatie gaf voldoende input voor de organisatie van een nieuwe scholing in 2019.

Voeding

Op 19 april was er een lesdag voor de voedingsverpleegkundigen over diverse onderwerpen.

Op 6 november het voedingsverpleegkundigen overleg, hierin zijn diverse onderwerpen die door de voedingsverpleegkundigen zelf zijn aangedragen besproken met elkaar. Maaike Kroon, voedingsverpleegkundige, neemt namens de V&VN-MDL deel aan de werkgroep perioperatief voedingsbeleid, van de NVVA. Zij en Riëtte Koekoek (afdelingsverpleegkundige) participeren in de landelijke richtlijn voeding en vocht tekort door de V&VN, namens de V&VN-MDL. Judith Beurskens, voedingsverpleegkundige, heeft zitting genomen in de commissie van de NVMDL met als onderwerp voeding.

IBD

Het initiatief on Crohn and colitis (ICC) was tot voor kort de medische evenknie van het NICC, die daaraan ook haar naam ontleende. Beiden hielden zich bezig met IBD zorg gerelateerde onderwerpen. Het ICC gaat echter verder als puur wetenschappelijk platform. Daarom heeft het ICC een nieuwe commissie in het leven geroepen; de IBD commissie. Deze IBD commissie is een medisch platform voor IBD zorg gerelateerde onderwerpen, zoals voorheen het ICC. Omdat het NICC geen strikt wetenschappelijke missie heeft, werd in samenspraak met de IBD commissie besloten tot het

wijzigen van de naam 'NICC'. Het NICC gaat na intern overleg en in afstemming met de IBD commissie, dan ook verder als 'nurses IBD', ofwel NIBD. Het NIBD bestuurd wordt nu voorgezeten door Hennie Tomlow, verpleegkundig specialist MUMC. Jaarlijks worden er minimaal 5 regiobijeenkomsten georganiseerd verspreid door het land. Deze bijeenkomsten worden door 20-30 IBD verpleegkundigen/ verpleegkundig specialisten bezocht. Het zijn interactieve avonden waarin kennis omtrent IBD wordt gedeeld.

Ook de HAN scholing voor MDL verpleegkundigen is een scholing welke jaarlijks terugkomt. Afgelopen jaar zijn er weer een aantal verpleegkundigen die de IBD scholing hebben afgerond.

Verpleegkundig Endoscopisten

In 2018 is sinds lange tijd naast het Voor- en Najaarscongres van het NVGE weer een Meet&Greet (scholing) met de verpleegkundig endoscopisten georganiseerd. Er was een grote opkomst en er is veel overlegd als VE onder elkaar. In dat onderlinge contact kwam de wens naar verdere professionalisering naar boven. De opleiding tot VE is aangepast aan de eisen van het NOVUM rapport en CZO eisen en geaccrediteerd door het CZO. De wens is bijv. ook om in de visitaties van NVMDL meegenomen te worden, poliepen tot 20mm te verwijderen en een herregistratie waar achter de schermen druk aan gewerkt wordt!

Endoscopie

In 2018 hadden we geen bestuurslid die zich actief kon bezig houden met het netwerk endoscopie. Er zijn geen regiobijeenkomsten georganiseerd. Er is nog geen lopend eigen netwerk en de activiteiten voor deze doelgroep worden tot nu toe steeds nog vanuit het bestuur gedaan. We zijn dan ook op zoek naar een bestuurslid die een netwerk endoscopie helpt opzetten.

Leidinggevend MDL endoscopie

Het netwerk landelijk leidinggevend endoscopie heeft kennis gedeeld op het gebied van hand/polsklachten, werken met CO2, personeelsplanning, functiedifferentiatie op de werkvloer, audits van het BVO, kwaliteitspaspoort, kijken en leren bij en van elkaar, opleidingsplaatsen en opleidingsaanbieders, netwerken, diensten en innovaties.

MDL chirurgie/ oncologie

Platform chirurgie-oncologie is ondertussen op de website werkend. We hebben 2 keer een programma gehad op de DDD-dagen. Maart 2018 is deze voorzichtig opgestart met een goed programma maar nog te weinig deelnemers. In oktober 2018 was het programma een zeer groot succes met een overvolle zaal. Beider keren waren er zeer gewaardeerde en adequate sprekers. Samenwerking SIG: Verliep begin 2018 moeizaam door wisselingen in het bestuur en



