‘Vat je ’m?’

Vossiuspers UvA is een imprint van Amsterdam University Press.
Deze uitgave is totstandgekomen onder auspiciën van de Universiteit van Amsterdam.

Omslag: Colorscan, Voorhout
Opmaak: JAPES, Amsterdam
Foto omslag: Carmen Freudenthal, Amsterdam

ISBN 90 5629 304 4
© Vossiuspers UvA, Amsterdam, 2003

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j.o. het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd bij het Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 882, 1180 AW Amstelveen). Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

‘Vat je ’m?’

Rede

Uitgesproken bij de aanvaarding
van het ambt van hoogleraar
in de Chirurgie, in het bijzonder de Vaatchirurgie,
aan de Universiteit van Amsterdam
op woensdag 18 juni 2003

door

Dink Legemate

Vossiuspers UvA

Mijnheer de Rector Magnificus,
Mevrouw de Decaan van de Faculteit Geneeskunde,
Zeer gewaardeerde toehoorders,

Met graagte en plezier vat ik met beide handen de kans om u door het uitspreken van deze rede deelgenoot te maken van mijn visie op de vaatchirurgie en de voor mij boeiende en relevante ontwikkelingen die daarin gaande zijn.

De baten en lasten van vaatoperaties, informatie aan patiënten

Het eerste onderwerp waarover ik u enkele gedachten zou willen toevertrouwen, betreft de baten en lasten van vaatoperaties en informatie aan patiënten. Om één en ander te illustreren, laat ik u eerst graag kennismaken met twee patiënten, die ik recent ontmoette op de polikliniek vaatchirurgie.

De eerste is een 75-jarige vrouw met suikerziekte. Sinds een aantal maanden had zij een wond aan haar voet. De wond veroorzaakte hevige pijnen. Pijnstillers hielpen nauwelijks. Ten einde raad zat zij tegenover mij; zó kon het niet langer doorgaan. Bij lichamelijk onderzoek waren er alle tekenen van een ernstige vaatafsluiting. Veel woorden hadden de patiënte en ik niet nodig om tot een besluit te komen; het probleem was voor mij overduidelijk. Wilden we proberen om een amputatie van het been te voorkomen, dan waren een ziekenhuisopname, verder onderzoek en een behandeling noodzakelijk. Dit adviseerde ik de patiënte dan ook. Of het been door onze behandeling te redden was, kon ik op dat moment niet zeggen, zo liet ik haar weten. Zij begreep dat. De gedachte aan een amputatie had haar al vele malen door het hoofd gespeeld tijdens vele slapeloze nachten: een vreselijk vooruitzicht.

Toch was, zo vertrouwde zij mij toe, voor haar op dat moment het allerbelangrijkste dat ze van de pijn verlost zou worden, met of zonder amputatie.

De tweede patiënt die ik die ochtend op mijn polikliniek zag, was een 65-jarige man. Hij had in het verleden weliswaar een hartinfarct doorgemaakt, maar was vitaal en in een redelijk goede conditie. Recent was hij door zijn huisarts vanwege bovenbuikklachten voor een echografisch onderzoek van de galblaas naar het ziekenhuis verwezen. Laatstgenoemde had daarbij gedacht aan galstenen. Die werden niet gevonden, maar… de radioloog meende ook nog 'even' naar de aorta, de grote buikslagader, te moeten kijken. Tenslotte is bekend dat deze bij ongeveer 5% van de 65-jarige mannen is verwijd! En jawel, dit bleek bij onze patiënt ook het geval. De diameter bedroeg 5,7 cm. Indien zo'n verwijde slagader, 'aneurysma' genoemd, plotseling scheurt, kan een ernstige bloeding ontstaan met als mogelijk gevolg acuut overlijden. Waarschijnlijk overleven slechts enkele tientallen van de honderd patiënten, die dit overkomt, een dergelijke bloeding. Precieze getallen zijn niet bekend. Alle reden dus, zo lijkt het, om te streven naar tijdige ontdekking van deze afwijking en *preventieve* operatie.

Zo belandde de man, na de toevallige vondst van 'zijn' aneurysma, op mijn spreekuur. De buikklachten waren weliswaar spontaan verdwenen, maar daarmee was hij geenszins patiënt af. Integendeel. Hij zag zich, inmiddels klachtenvrij, geconfronteerd met een uitermate serieuze afwijking, waarvoor specialistisch advies dringend noodzakelijk werd geacht. Over dit advies hoefde ik niet lang na te denken. Ik vatte onmiddellijk wat mij te doen stond. Vaatchirurgen zijn het er tenslotte over eens, dat een aneurysma met een diameter van 5,5 cm of meer uit voorzorg dient te worden geopereerd, mits het operatierisico door bijkomende ziekten natuurlijk niet te hoog is. Ik stelde de patiënt dan ook voor zich te laten behandelen, zodat de verwijde buikslagader kon worden vervangen door een kunststofprothese. Zoals gebruikelijk kwamen de eventuele complicaties van deze ingreep, die in de meeste gevallen nog via een open buikoperatie plaatsvindt, aan de orde. Ik zei hem dat, rekeninghoudend met zijn leeftijd en conditie, bij een dergelijke operatie ongeveer vijf van de honderd patiënten overlijden. Van de overgebleven 95 patiënten krijgen er dan nog zo'n tien te maken met een ernstige complicatie zoals een hartinfarct, een longembolie of problemen met de bloedcirculatie van de darm, die kunnen noodzaken tot heroperatie en het aanleggen van een stoma. En niet te vergeten nierfalen, dat kan leiden tot tijdelijke of zelfs levenslange nierdialyse. Bespreking van de minder ingrijpende complicaties, zoals een wondinfectie of longontste-

king, liet ik maar achterwege. Die achtte ik in het licht van het voorliggende probleem minder belangrijk. Hoewel?

De patiënt was als boekhouder werkzaam geweest bij een middelgrote onderneming. Hij was gewend om financiële baten en lasten van het bedrijf tegen elkaar af te wegen. Voor velen misschien een kwestie van cijferen, maar voor mijn patiënt bracht het doorgaans veel emoties met zich mee. Hij kende het belang van de eindbalans en de daaraan verbonden consequenties. Was deze positief dan was er reden tot optimisme: een gezond bedrijf, mogelijkheden voor groei en bloei. Maar een negatieve eindbalans, dáár kon hij van wakker liggen: dreigend ontslag van personeel, minder toekomstmogelijkheden voor het bedrijf en op de koop toe ontevreden aandeelhouders.

Terwijl wij spraken over de eventuele operatie flitste er herkenning door zijn hoofd. Er was een cruciale beslissing te nemen. Dan kwam het aan op het afwegen van baten en lasten, maar kon hij daarbij op mij rekenen? *Hoe goed was de dokter eigenlijk in 'balansen'?* Hij dwong mij met hem mee te denken op de hem zo vertrouwde wijze. De kans op complicaties bij de aan hem voorgestelde operatie en de ernst daarvan, beoordeelde hij als 'niet niks' en een forse last. Welke baten kon hij hier tegenover zetten? Hoeveel jaren zou ík (de dokter), door het verrichten van de operatie, kunnen toevoegen aan zijn leven? Op deze laatste vraag moest ik hem helaas het antwoord schuldig blijven. Harde wetenschappelijke gegevens ontbreken op dit gebied. Ik kon hem hooguit een *speculatieve calculatie* voorleggen. Daar bedankte hij echter voor, daarmee was hij tijdens zijn werkzame leven te vaak bedrogen uitgekomen. En nu ging het nog wel om zijn gezondheid! Maar misschien kon ik hem iets vertellen over wat het optreden van de door mij genoemde ernstige complicaties zou kunnen betekenen voor zijn leven en welbevinden? Hoe hadden andere patiënten dit ervaren? Opnieuw moest ik hem melden dit niet goed te weten. Ook dáár is in de vaatchirurgie nauwelijks onderzoek naar gedaan.

Wel kon ik hem vertellen dat vijf jaar na preventieve operatie aan een buikaneurysma 65% van de patiënten nog in leven is, terwijl de overige 35% van hen dan inmiddels is overleden. Meestal aan andere gevolgen van aderverkalking zoals een hartinfarct of een beroerte. Met een somber gezicht noteerde mijn patiënt de verkregen informatie in zijn virtuele balansschrift.

Het werd mijns inziens tijd voor het opmaken van de eindbalans. Ik herhaalde nogmaals het advies van de huidige vaatchirurgische gemeenschap: preventieve

operatie aan een aneurysma van de buikslagader dat 5,5 cm is of groter. Welk besluit nam mijn patiënt? Deze zweeg en keek mij aan met een bedenkelijke blik. Langzaam drong het tot mij door: er waren teveel openstaande posten voor zijn eindbalans. Ik begon 'm te vatten!

Dames en heren,

Vat u het verschil tussen de twee geschetste patiënten? Bij de vrouw met ernstige klachten als gevolg van een vaatafsluiting staan we feitelijk met onze rug tegen de muur. Dit maakt de keuze gemakkelijk, zowel voor de patiënt als voor de dokter. Niet behandelen zal vrijwel zeker leiden tot amputatie en misschien zelfs tot overlijden op korte termijn.

Bij de man met het toevallig ontdekte aneurysma ligt dit echter anders. Het gaat hier immers om een klachtenvrije patiënt. Hij wordt weliswaar op den duur misschien bedreigd door een bloeding uit het aneurysma, maar op korte termijn heeft hij tengevolge van de preventieve operatie een aanzienlijke kans op een ernstige complicatie. Het gezegde 'baat het niet, dan schaadt het niet' gaat in zijn geval voor deze ingreep dus zeker niet op.

Moeten we nú opereren of moeten we wachten tot het aneurysma groter is geworden? Eén van de dilemma's van de vaatchirurg. En bij welke diameter van het aneurysma is de kans op maximale baten en minimale lasten van een preventieve operatie het grootst?

Uit goede Engelse en Amerikaanse studies weten we dat het in ieder geval geen zin heeft kleine aneurysmata van de aorta met een diameter tussen de 4 en 5,5 cm uit voorzorg te opereren. Maar hoe ligt dit voor het grotere aneurysma met bijvoorbeeld een diameter tussen de 5,5 en 7 cm? Ik beken het u eerlijk: ik kan het u niet zeggen. Daar is nog geen goed onderzoek naar gedaan. Mijn vermoeden is dat in het meest gunstige geval het leven door een preventieve operatie van een middelgroot aneurysma wordt verlengd bij 10 à 20 van de 100 patiënten. Om hoeveel gewonnen levensduur het hierbij gaat, kan ik u helaas eveneens niet zeggen. De overige 80-90 patiënten hebben géén baat bij de operatie. Wél of niet geopereerd, hun levensverwachting blijft hetzelfde. Sterker nog, ze lopen een serieuze kans op het krijgen van een complicatie, waardoor de kwaliteit van hun leven afneemt of hun levensduur aanzienlijk wordt bekort. Een levensgroot dilemma dus, als u vat wat ik bedoel!

Mijnheer de rector, mevrouw de decaan, dames en heren,

Ik constateer dat chirurgen, inclusief ikzelf, veelvuldig (te goeder trouw) ingrijpende en risicovolle vaatoperaties uitvoeren, terwijl het hen ontbreekt aan voldoende kennis om de balans op te maken van het te verwachten effect van deze ingrepen. Dit geldt vooral voor de behandeling van asymptomatische vaatafwijkingen bij oudere patiënten. Eerder lieten andere, goed uitgevoerde, wetenschappelijke studies zien dat de balans van operatieve ingrepen bij asymptomatische patiënten vaak minder positief uitviel dan in eerste instantie werd gedacht. Als voorbeeld noem ik u de preventieve operatieve behandeling van aneurysmata van hersenslagaders en de operatieve behandeling van vernauwde halsslagaders. De lasten bij een dergelijke ingreep waren, zo moest worden geconcludeerd, aanzienlijk en dienden zeer serieus te worden genomen. Geldt ditzelfde nu ook voor het aneurysma van de aorta? Kunnen wij ons advies, dat preventief ingrijpen vanaf 5,5 cm raadzaam is, handhaven?

Misschien denkt u nu: staat daar nou een vaatchirurg? Raken we met deze man niet alle vat op het vat kwijt? Het stelt u misschien gerust, als ik u zeg dat ook naar mijn kritisch inzicht de meeste vaatchirurgische ingrepen van veel nut blijken te zijn voor de patiënt.

Tengevolge van mijn kennismaking met *evidence-based medicine* en mijn opleiding tot klinisch epidemioloog ben ik echter gaan inzien dat bepaalde, algemeen aanvaarde vormen van diagnostiek en therapie in de chirurgie soms minder logisch zijn dan ze lijken. In het AMC en tijdens diverse nationale en internationale cursussen werd mij geleerd om *evidence*-regels toe te passen en analytisch en *patiëntgericht* te denken bij de beoordeling van klinisch wetenschappelijk onderzoek. Dit alles werd uiteindelijk zéér bepalend voor mijn opvattingen over besluitvorming en klinisch handelen.

Mijn nieuw verworven kennis deed mij inzien dat ons klinisch handelen en de keuzes die we daarbij maken nog te vaak gebaseerd zijn op informatie uit gebrekkig of onjuist geïnterpreteerd wetenschappelijk onderzoek. Daarnaast, zo realiseer ik mij steeds meer, zijn wij ons te weinig bewust van de mate waarin de besluitvorming rondom behandelingen wordt beïnvloed door de persoonlijke voorkeuren van de dokter en zijn 'subjectieve gevoelens'. Dat daarbij het sex-appeal van nieuwe en nog onbewezen technische hoogstandjes zijn uitwerking kan hebben, vat u ook wel zonder verdere toelichting.

Dit alles brengt mij op de volgende vraag. In hoeverre zijn dokters, inclusief ikzelf, de eerder genoemde zaken in aanmerking genomen, in staat om patiënten optimaal te informeren over operaties? Hier ligt mijns inziens een indringend probleem en in mijn visie mogelijk zelfs een *ethisch dilemma*. Zeker in de huidige tijd een belangrijke punt om ons van bewust te zijn en over na te denken. Patiënten verwachten tenslotte steeds vaker met hun dokter te kunnen praten vanuit het perspectief van volwaardig partnerschap en solidariteit. Objectieve informatie, keuzevrijheid en vooral ook transparantie zijn daarbij belangrijke elementen.

Hoe nu verder in de vaatchirurgie? Stoppen met opereren van bijvoorbeeld het asymptomatisch aneurysma? Nee, dat lijkt me niet. En ik zou tegen mijn vaatchirurgische collega's willen zeggen: blijf vooral uw patiënten gewoon naar het AMC doorverwijzen. We blijven vooralsnog de huidige regels hanteren met betrekking tot het opereren van vaatpatiënten. Wel zullen we, zo vind ik, de door mij genoemde kanttekeningen onder ogen moeten durven zien.

Ik daag u bij deze dan ook uit om de koe bij de hoorns te vatten en met mij onder het motto '*Vat de dokter wat ie doet en vat de patiënt wat 'm wordt aangeboden?'* de komende jaren te werken aan een viertal zaken :

- Beter onderzoek naar de effectiviteit van vaatoperaties bij asymptomatische afwijkingen.
- Beter leren analyseren van de baten en lasten van operaties door artsen, en de vertaling daarvan naar de patiënt.
- Beter leren afstemmen van de voorkeuren van de dokter op die van de patiënt.
- Blijven streven naar reductie van complicaties door minder belastende, minder invasieve ingrepen.

Met betrekking tot het eerste punt 'beter onderzoek naar de effectiviteit van vaatoperaties bij asymptomatische afwijkingen' zou ik graag het volgende willen opmerken en een voorstel doen.

Ik zei het u al eerder: veel vaatchirurgische ingrepen zijn effectief. De kans dat de suikerpatiënte haar been kan behouden door een chirurgische of eventueel radiologische interventie is zeer groot. Ook weten we bijvoorbeeld dat operatie van een vernauwde halsslagader, bij een patiënt die een waarschuwingsberoerte heeft gehad, zeer nuttig is vergeleken met veel andere medische behandelingen. Ook be-

handelingen van acute vaatchirurgische problemen zijn doorgaans bijzonder zinvol. Niet zelden redden wij in ons vak van de vaatchirurgie de patiënt van een wisse dood.

Onzekerheid is er echter over operaties met een hoog risico op ernstige complicaties bij asymptomatische patiënten. Ik noemde u al het aneurysma van de grote buikslagader. Jaarlijks gaat het hierbij in Nederland om ongeveer 3500 opnames en een kleine 2000 operaties. Ik ben dan ook van mening dat er nieuw en goed opgezet onderzoek moet worden verricht bij patiënten met grotere aneurysmata, bijvoorbeeld met een diameter tussen de 5 en 6,5 cm of 5,5 en 7 cm. Daarbij moet het resultaat van een vroegtijdige operatie worden vergeleken met dat van het zogenaamde *watchful waiting* tot een bepaalde diameter is bereikt, alvorens wordt geopereerd. Chirurgen zijn misschien huiverig om in een dergelijk onderzoek te participeren. Toch is dit de enige manier om in de toekomst de patiënten en artsen beter te kunnen informeren over het effect van deze chirurgische ingreep. Bij een dergelijke studie zou ik overigens graag vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties betrekken en hen een belangrijke stem in de discussie geven.

Het tweede punt: 'Het beter leren analyseren van de baten en lasten van operaties door artsen, en de vertaling daarvan naar de patiënt.'

Dit is een ingewikkeld punt om uit te leggen. In de spreekkamer hebben de dokter én de patiënt meestal het gevoel dat de voorgestelde operatie de patiënt zal baten. Dat dit niet altijd het geval is, heb ik u zojuist al voor de operatie van het asymptomatisch aneurysma proberen aan te geven. Het kan zelfs zo zijn dat een patiënt alleen maar lasten zal ondervinden en geen enkele baat! Bij onze analyse van baten en lasten van een ingreep en de informatie hierover aan de patiënt moet dan ook, naast het te verwachten voordeel, eveneens aan de orde komen hoeveel van de patiënten geen voordeel zullen hebben van de ingreep. En tevens hoeveel er géén voordeel zullen ondervinden, terwijl zij wél zullen worden geconfronteerd met een ernstige complicatie. Epidemiologen, methodologen en besliskundigen, of hoe je ze ook noemen wilt, hebben modellen ontwikkeld die behulpzaam kunnen zijn bij het berekenen van deze zaken. Artsen die zich met de dagelijkse patiëntenzorg bezighouden, zijn echter niet tot nauwelijks bekend met deze veelal ingewikkelde modellen, laat staan dat zij in staat zijn deze voor de patiënt inzichtelijk te maken. Ook de zogenaamde *Number Needed to Treat* en de *Number Needed to Harm* schieten op dit punt te

kort en beschrijven het spectrum van uitkomsten van een chirurgische ingreep en de daaraan gerelateerde complicaties onvoldoende.

Er is dus behoefte aan een eenvoudiger en handzamer model, of misschien moet ik wel zeggen *protocol*, dat beter wordt begrepen door de dokter en dat in de spreekkamer kan worden gebruikt bij de communicatie met de patiënt. Mede dankzij financiële steun van het AMC proberen we momenteel binnen een klinisch richtlijnenproject een dergelijk model beter uit te werken. Ik hoop u daar in de toekomst verder over te kunnen informeren.

Mijn derde punt betrof dat de voorkeuren van de dokter, ook wel preferenties genoemd, beter moeten worden afgestemd op die van de patiënt.

Toen ik vorig jaar tijdens een *sabbatical leave* samen met andere mensen, voornamelijk afkomstig uit het bedrijfsleven, een *Business Leadership Course* volgde, kwam ik onder andere terecht op Yale School of Management te New Haven in de Verenigde Staten. We hadden daar een workshop onder leiding van een hoogleraar management en marketing die ons probeerde duidelijk te maken hoe je op *systematische* wijze, in dit geval met de techniek van *conjoint analysis*, kunt onderzoeken welke producten cliënten het meest prefereren. Als je dit goed weet, kun je je strategie daarop afstemmen, hetgeen meestal leidt tot een grotere klanttevredenheid. Tijdens een rustig moment kwam ik met hem persoonlijk aan de praat. Hij was geboeid door mijn medische achtergrond. Dat kwam o.a. door het feit dat hij zelf patiënt was en leed aan een ernstige chronische ziekte, waarvoor hij medicijnen moest gebruiken met veel bijwerkingen. Wat hij niet begreep was dat wij medici zo slecht de voorkeuren van onze patiënten systematisch bestuderen. 'Wat prefereert jouw patiënt nu eigenlijk?' zei hij en 'Hoe waardeert jouw patiënt een bepaalde operatie en de daaraan gekoppelde complicaties?' Ik moest hem gelijk geven: hier is te weinig aandacht voor in de chirurgie en wij moeten dat beter systematisch bestuderen!

Tot slot mijn vierde punt: 'Blijven streven naar reductie van complicaties door minder belastende, minder invasieve ingrepen.'

Dit is een interessant punt waar veel over te zeggen valt. Therapie kan niet worden bedreven als niet eerst diagnostiek is verricht. Onderzoek van de bloedvaten met behulp van catheterisatie en contrasttoediening is jarenlang de standaard geweest

om afwijkingen van bloedvaten in beeld te brengen. Veel patiënten zagen tegen een dergelijk onderzoek op vanwege de ziekenhuisopname en de kans op pijn en complicaties. Zo heeft een vaatpatiënt bijvoorbeeld bij catheterisatieonderzoek van de halsslagaders ongeveer 1-2% kans op het krijgen van een beroerte.

Máár dames en heren, de tijd van belastende diagnostiek is voor de vaatchirurgische patiënt vrijwel geheel voorbij! Ook ik mocht daar mijn steentje aan bijdragen. Meer dan 15 jaar heb ik samen met vaatlaboranten en onderzoekers gewerkt aan de verdere ontwikkeling van de klinische toepassing van minder belastende diagnostiek in de vorm van *duplex scanning*, een vorm van ultrageluidonderzoek. Dit heeft geleid tot vele internationale publicaties en meerdere promoties. Het mooiste van alles is echter de enorme reductie van catheterisatieonderzoek die dit met zich heeft meegebracht.

Op het gebied van de therapie heeft de vaatchirurgie, vooral dankzij de ontwikkelingen in de interventieradiologie, de afgelopen jaren een enorme sprong voorwaarts gemaakt. Ook ontstond er een nieuwe naam: *endovasculaire therapie*. Hierbij wordt via minimale openingen in de huid toegang tot de bloedbaan verkregen en worden met behulp van voerdraden, catheters, ballonnen, stents en vaatprotheses onder röntgendoorlichting operaties op afstand verricht. Ik prijs me gelukkig dat ik mij in het AMC op dit gebied in een soort Walhalla bevind. Onder de bezielende leiding van interventieradioloog professor Jim Reekers en mijn collega vaatchirurg Ron Balm benutten we op dit gebied de maximale mogelijkheden.

Ik kom in dit kader nog even terug op mijn twee patiënten. Bij de patiënte met het suikerbeen liet verdere diagnostiek zien dat een bypassoperatie waarschijnlijk het beste resultaat zou geven, maar met een aanzienlijke kans op complicaties. Een behandeling door de interventieradioloog leek een redelijk alternatief en minder risicovol. Hierbij zou een lang vaattraject worden opengemaakt met behulp van catheters, de zogenaamde 'subintimale rekanalisatie'. Uiteindelijk werd op basis van de voorkeur van de patiënte gekozen voor het laatste.

Bij de patiënt met het aneurysma vroegen we ons af of het mogelijk was om via de liesslagader een zogenaamde endoprothese in het aneurysma te schuiven. Dit is een inwendige buis, die de binnenkant van het bloedvat versterkt en op die manier de kans op scheuren van het bloedvat vermindert. Deze operatie is weinig belastend en de patiënt kan meestal binnen een paar dagen naar huis. Hoewel het plaatsen van een endoprothese tegenwoordig vaak tot de mogelijkheden behoort, toonde een CT-scan dat dit bij onze patiënt om technische redenen niet kon.

Het afgelopen decennium heeft de endoprothese bij de behandeling van het aneurysma een ware revolutie teweeggebracht. Waar zit nu feitelijk de grote winst en potentie van de endoprothese? Allereerst is dat de reductie van complicaties bij de ingreep. Inmiddels verschijnen de eerste publicaties, waar methodologisch nog wel wat op valt af te dingen, maar die lijken aan te geven dat het overlijdensrisico en de kans op ernstige complicaties significant lager zijn dan bij een gewone open operatie. Definitieve conclusies kunnen we echter pas trekken nadat andere en betere studies, waaronder de Nederlandse DREAM-trial, zijn voltooid.

Grote winst is er geboekt op het gebied van de behandeling van de acute verscheuring van de grote *borst*slagader bij ongevalpatiënten. Door frequent bijkomend inwendig letsel waren deze patiënten tot voor kort vanwege het massale bloedverlies tijdens een operatie, in de acute fase nauwelijks tot niet te opereren. Met een endoprothese is deze behandeling, zo hebben we gemerkt in het traumacentrum van het AMC, inmiddels een fluitje van een cent geworden.

De vraag is of deze winst ook te boeken valt bij het acuut gescheurde *buik*aneurysma. Om die reden hopen we in Amsterdam eind dit jaar te starten met een door de Nederlandse Hartstichting gesubsidieerd onderzoek naar de effectiviteit van de behandeling van het acuut gescheurde aneurysma met een endoprothese. Dit wordt dan uitgezet tegen de gewone open operatie. Formeel is dit een gezamenlijk project van de drie centra in Amsterdam waar endoprotheses worden geplaatst: het VUMC, het OLVG en het AMC. Zo'n onderzoek kan echter nooit plaatsvinden zonder de steun van de andere Amsterdamse ziekenhuizen. Ik zie dit project dan ook als een gezamenlijke inspanning van alle betrokken Amsterdamse specialisten, waarbij credits voor iedereen zijn weggelegd.

Nut van screening onduidelijk

Mijnheer de rector, mevrouw de decaan, dames en heren,

In mijn beschouwing op de vaatchirurgie past mijns inziens ook een opmerking over screening. Herinnert u nog hoe de radioloog bij de door mij aan u voorgestelde patiënt, ongevraagd en opportunistisch, even naar de buikslagader keek om te zien of deze verwijd was? Het had voor de patiënt behoorlijk wat consequenties.

In onze maatschappij is screening hot: denk bijvoorbeeld aan borst- en baarmoederhalskanker. Op dit moment staat in de internationale literatuur de screening op

het asymptomatische aneurysma bij de oudere man volop in de belangstelling. Eind vorig jaar verschenen in de *Lancet* en de *British Medical Journal* de eindresultaten van een grote studie naar het nut van screening en preventieve behandeling van een verwijde buikslagader. De conclusies van de auteurs waren dat screening en preventieve operatie van voordeel waren voor de patiënt en bovendien op lange termijn kosteneffectief. In twee hoofdcommentaren in respectievelijk de *British Journal of Surgery* en de *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, lijfbladen van de Nederlandse vaatchirurg, werd naar aanleiding van deze studie een lans gebroken voor invoering van screening op het buikaneurysma.

Na een zorgvuldige analyse van het hoofdartikel blijkt het effect van screening echter minimaal te zijn. Ook staat in het hele artikel geen enkele tabel met informatie over de complicaties van de preventief uitgevoerde operaties bij de patiënten die de operatie hadden overleefd. Over het 'balansen' van onze boekhouder gesproken! Het ontbreken van een gebalanceerde analyse stoorde mij dermate, dat ik over dit punt een ingezonden brief naar de editor van de *Lancet* stuurde. Zo u wilt, kunt u deze brief in het betreffende blad nog nalezen. Om inzicht te krijgen in de potentiële voor- en nadelen van screeningprogramma's in de gezondheidszorg verwijs ik u echter liever naar het vorig jaar uitgekomen boekje *Medische Publiekscommunicatie*. In dit boekje schrijft Tjeerd Tijmstra, medisch socioloog, een hoofdstuk onder de veelzeggende titel 'Willen de mensen bedrogen worden?'. 'U vat' dan onmiddellijk wat de nadelen zijn van screeningsprogramma's. Indien u in datzelfde boek ook nog het hoofdstuk leest van Hans van Maanen, wetenschapsredacteur van *Het Parool*, dat handelt over hoe dokters gezonde mensen lastigvallen met een medisch onderzoek waar ze niet om hebben gevraagd, bent u maximaal geïnformeerd. Het levert, mijns inziens, de noodzakelijke kritische bagage die de auteurs van de zojuist genoemde artikelen in de gerespecteerde internationale vakbladen leken te ontberen.

De bevolking verandert, de zorg verandert

Mocht u op basis van sommige van mijn standpunten in deze rede denken dat de vaatchirurgie in zekere zin brodeloos wordt, dan kan ik u zeggen dat dat mijns inziens geenszins het geval zal zijn. De vergrijzing van de bevolking zal het aantal patiënten met vaatproblemen in de toekomst doen toenemen. Dit geldt o.a. voor het aneurysma. De afgelopen twintig jaar is het aantal opnames in verband met deze af-

wijking verdrievoudigd en er zijn geen tekenen dat deze groei afneemt. Daarnaast neemt het aantal patiënten met suikerziekte toe. De levensverwachting van laatstgenoemden is dankzij betere begeleiding en therapie sterk toegenomen. Een deel van hen blijft echter vanwege bijkomende complicaties van de suikerziekte bij de vaatchirurg terechtkomen. De door mij als eerste aan u voorgestelde patiënt was daarvan een typisch voorbeeld.

Ook rookt een flink deel van de Nederlanders nog stug door, blijkbaar nog steeds niet vattend wat daarvan de consequenties kunnen zijn. Veel van deze rokers zullen ook in de toekomst bij een vaatchirurg terechtkomen. Een van mijn frustraties is overigens dat ik als vaatchirurg allerlei hoogtechnisch werk verricht, terwijl het mij niet lukt om mijn patiënten van het roken af te krijgen. Dit was reden om in 2001, wederom met financiële steun van de Nederlandse Hartstichting, te starten met een wetenschappelijk onderzoek naar het nut van de Minimale Interventie Strategie door preventieverpleegkundigen bij 'stoppen-met-roken'-programma's voor hart- en vaatpatiënten. Dit onderzoek wordt verricht in samenwerking met de afdelingen Medische Psychologie en Cardiologie.

Secundaire preventie bij vaatpatiënten is zeer zinvol. Het gaat daarbij niet alleen om roken, maar bijvoorbeeld ook om cholesterol, overgewicht, hoge bloeddruk en gebrek aan lichaamsbeweging. Dokters hebben in hun spreekkamer echter weinig tijd beschikbaar om veel aandacht te geven aan deze secundaire preventie. Gelukkig zie je steeds vaker dat hiervoor verpleegkundigen worden ingezet, ook in het AMC. Helaas moet ik constateren dat het belang van deze verpleegkundigen nog niet door iedereen wordt onderkend en vooral niet door geldschieters. Is dit een kwestie van sex-appeal? Dit is voor mij niet te vatten!

Opleiding tot vaatchirurg en verandering in organisatie verloopt traag

Nog een enkel woord over de opleiding tot vaatchirurg en de organisatie van de vaatchirurgie in Nederland. Reeds in 1991, nu dus twaalf jaar geleden, zette mijn oud-opleider professor Bert Eikelboom, in zijn oratie, verkorting van de vaatchirurgische opleiding, certificatie van vaatchirurgen en regionalisatie van vaatchirurgische zorg op de agenda. Verkorting van de opleiding tot vaatchirurg van acht naar zes jaar achtte hij wenselijk, omdat de opleiding onnodig lang duurde en beter zou

passen binnen het Europees perspectief. Certificatie en regionalisatie hadden als doel een betere herkenbaarheid van de vaatchirurg voor de patiënt én kwaliteitsborging, onder andere voor de opvang van acute vaatchirurgische patiënten tijdens de dienst. Veel vaatchirurgen ondersteunen reeds jaren deze doelen.

Waar staan we nu? Anders dan de media doen overkomen, moet ik concluderen dat de chirurg beslist geen snelle jongen is! De verandering van opleiding en organisatie gaat hem, en tegenwoordig ook steeds vaker haar, uiterst traag af. Inmiddels is het zesde opleidingsjaar in de chirurgie weliswaar een differentiatiejaar geworden dat je naar keuze kunt besteden aan de vaatchirurgie, maar dit leidt onvoldoende op om de vaatchirurgie in de volle breedte te beoefenen. Dit betekent dat de meeste van de in de vaatchirurgie geïnteresseerde chirurgen aansluitend nog een vervolgopleiding van 1,5 jaar binnen dit subspecialisme doen. De facto is er qua opleidingsduur dus nauwelijks iets veranderd sinds 1991. Persoonlijk heb ik nimmer kunnen vatten waarom er binnen het Concilium Chirurgicum en de moedervereniging, de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, op dit punt zo traag wordt gehandeld, hoewel er nu langzaam iets lijkt te veranderen.

Certificatie staat inmiddels voor de deur en is waarschijnlijk binnen twee jaar een feit. Wanneer regionalisatie geëffectueerd zal zijn, is nog onduidelijk. Als opleider vaatchirurgie en toekomstig voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie hoop ik dan ook van harte dat u chirurgen, samen met mij, een eindsprint wilt trekken zodat mijn oratie voor wat betreft verdere verkorting van de opleiding en regionalisatie van acute zorg in de nabije toekomst niet ook met deze, door u vast wel gevatte ondertoon gememoreerd hoeft te worden.

Resumé

Dames en heren,

Tijdens deze rede sprak ik met u over de baten en lasten van vaatchirurgische ingrepen. Ik presenteerde u twee patiënten, één met een suikerbeen en één met een per toeval gevonden verwijding van de buikslagader. Beide problemen hadden een verschillend karakter. Ik probeerde u duidelijk te maken dat vooral voor wat betreft de behandeling van asymptomatische afwijkingen dat wat logisch lijkt, niet altijd logisch is. Om beter te vatten waar we mee bezig zijn, vind ik het belangrijk om in de toekomst het nut van bepaalde operaties verder te onderzoeken. Dit geldt in het bij-

zonder voor het asymptomatisch aneurysma van de aorta bij oudere patiënten. Er staan daar namelijk, om met onze boekhouder te spreken, nog een aantal openstaande posten op de balans. Daarnaast moeten we als dokter beter leren begrijpen wat de complicaties van operaties op de balans van voor- en nadelen nu daadwerkelijk betekenen en dit beter leren uitleggen aan de patiënt. Ook moet de chirurg de voorkeuren van patiënten systematisch bestuderen.

De ontwikkelingen op het gebied van de endovasculaire therapie zijn de afgelopen jaren, mijns inziens, baanbrekend geweest wegens het minder belastende karakter van de ingrepen en de kleinere kans op complicaties. Genoemde zaken, gecombineerd met optimalisatie van de organisatie van de vaatchirurgie in Nederland, zal de zorg voor de vaatpatiënt en het werk van de chirurg uiteindelijk ten goede komen.

Wie 'm vatten wil: vatte 'm!

Dankwoord

Aan het einde van mijn rede gekomen, wil ik van de gelegenheid gebruikmaken om woorden van dank uit te spreken. Door de jaren heen hebben velen bijgedragen aan het feit dat ik hier nu mag staan, en daar ben ik hen zeer dankbaar voor.

In het bijzonder wil ik mijn dank uitspreken aan het College van Bestuur van de Universiteit van Amsterdam voor mijn benoeming als hoogleraar en de Raad van Bestuur van het AMC voor het in mij gestelde vertrouwen. Met name de hooggeleerden Gunning-Schepers en Urbanus speelden daarbij een centrale rol. Beste Louise en Niek, mede dankzij jullie is het AMC een ziekenhuis van allure en het voelt goed om daar te mogen werken.

Hooggeleerde Obertop, beste Huug. In 1993 ging ik vanuit Utrecht op jouw voorstel met je mee naar het AMC en dat is de basis geweest voor het feit dat ik hier nu sta. In het bijzonder wil ik je bedanken voor het vertrouwen dat je altijd in mij hebt getoond, je onvoorwaardelijke support en de ruimte die je geeft. Je enorme inzet voor de chirurgie en wat je daarin hebt bereikt, bewonder ik zeer.

Hooggeleerde Gouma, beste Dirk. Jouw gedrevenheid staat garant voor goed opleiderschap en altijd weer scherpe discussies. Aan dat laatste doe ik graag mee en het eerste is een voorbeeld voor me. Dank ook voor jouw steun.

De zeergeleerde Tymen Bast en de hooggeleerde Theo van Vroonhoven waren mijn opleiders in de algemene chirurgie. De hooggeleerden Theo Theodorides en Bert Eikelboom in de vaatchirurgie. Hen allen ben ik bijzondere dank verschuldigd. Bert Eikelboom, die hier vandaag helaas niet kon zijn, speelde de meest centrale rol in mijn vaatchirurgische ontwikkeling. Veel van wat ik van hem leerde, breng ik nog dagelijks in praktijk, waaronder mijn interesse voor wetenschappelijk onderzoek, de uiterst bedachtzame benadering van de kwetsbare vaatpatiënt en een continue drang naar de keuze voor de minst invasieve oplossing.

Na mijn vaatchirurgische vorming was de opleiding tot klinisch epidemioloog de volgende stap. Ik dank de hooggeleerde Jan Tijssen dat hij mijn opleider was en voor de kritische discussies.

Hooggeleerde Jacobs, beste Michael. Jouw vertrek uit het AMC in 2000 maakte dat ik jouw opvolger werd. Zo had ik het niet ingeschat in 1993. Dank voor de zaken die we in het AMC hebben opgebouwd. Ze vormden de basis waarop ik verder kon gaan.

Ron Balm, Mirza Idu, Kees Kox en Babette Kluit dank ik voor hun vaatchirurgische teamgeest, ieder met hun eigen plek en expertise. Jullie zijn belangrijk voor me. Ron, ik dank je vooral voor je werk op het gebied van de endoprotheses en Mirza voor zijn werk op het gebied van de experimentele vaatchirurgie. Wat dat laatste betreft zouden we niet zonder de support van de hooggeleerde Thomas van Gulik kunnen, waarvoor ik hem zeer erkentelijk ben. Dirk Ubbink dank ik voor zijn inbreng in de vaatchirurgie, niet alleen op wetenschappelijk gebied, maar ook op het gebied van de klinische epidemiologie en de cursussen *evidence-based* chirurgie.

Al mijn onderzoekers en promovendi, waaronder veel studenten, hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan mijn ontwikkeling, evenals de vele vaatlaboranten die mij al die jaren zo hebben bijgestaan in het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van *duplex scanning*. Graag noem ik de naam van Johan van Gurp, die zo'n centrale rol speelde. Ik dank jullie zeer.

Han Dekker en Robert Simons van het divisiebestuur en Marieke Brink en Misa Dzoljic, met wie ik samenwerk in het logistiek team van onze divisie, dank ik voor de verruimende blik. Ik leer veel van jullie visies en strategie!

Collega stafleden, arts-assistenten, verpleegkundigen – in het bijzonder van G5NZ onder de bezielende leiding van Theo de Kok – secretaresses en andere medewerkers van de afdeling chirurgie, dank voor jullie zorg en collegialiteit.

Buiten de afdeling chirurgie werk ik met velen samen op het gebied van patiëntenzorg en onderzoek. Ik heb u nodig, u verrijkt mijn bestaan, ik ben u zeer erkentelijk.

Lieve ouders. Ik ben dankbaar voor jullie liefde en steun, de mogelijkheden die jullie voor mij schiepen om te groeien en ook de prikkels om steeds weer een stapje hoger te gaan. Het zit 'm nu eenmaal in die onrustige genen, en daarmee vatten jullie vast wel wat ik bedoel!

Mijn schoonmoeder – en in herinnering ook mijn schoonvader – dank ik voor de zorg in ons gezin, vooral ook op momenten dat ik het vanwege mijn werk zo vaak af moest laten weten.

Broers, schoonzussen en vrienden: dank voor de reflecties!

Lieve Jaap, Nine, Sophie en Rik. Niets is fijner dan om 's avonds in mijn auto – niet *cool* die auto, dat weet ik van jullie, ik zal daarom het merk ook niet noemen – naar huis te rijden en te weten dat ik jullie daar al struikelend over muziekinstrumenten, vishengels, sportschoenen en studieboeken zal ontmoeten.

Lieve Wilma, jij bent de altijd weer aanwezige rustige haven na een vaart op soms woelige baren, om het maar in zeilerstermen te zeggen. Dank voor al je liefdevolle en ook intellectuele steun. Jouw analyses en invoelend vermogen zijn vaak scherper en groter dan de mijne en helpen mij om op koers te blijven!

Ik heb gezegd.

Literatuur

1. Beard JD. Screening for abdominal aortic aneurysm. Br J Surg 2003;90:515-16.
2. Eddy DM. Anatomy of a decision. JAMA 1990;263:441-43.
3. Koek HL, Van Leest LATM, Verschuren WMM, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland 2003, cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2003.
4. Lederle FA, Wilson SE, Johnson GR, Reinke DB, Littooy FN et al. Immediate repair compared with surveillance of small abdominal aortic aneurysms. N Eng J Med 2002;346:1437-44.
5. Legemate DA. Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS). Lancet 2003;361:1056-7, letter.
6. Lindholt JS. Screening for abdominal aortic aneurysms. Eur J Vasc Endovasc Surg 2003;25 ;377-79.
7. Mancini GBJ, Schulzer M. Reporting risks and benefits of therapy by use of the concepts of unqualified success and unmitigated failure. Application to highly cited trials in cardiovascular medicine. Circulation 1999;99:377-383.
8. Matsumura JS, Brewster DC, Makaroun MS, Naftel DC. A multicenter controlled clinical trial of open versus endovascular treatment of abdominal aortic aneurysm. J Vasc Surg 2003;37:262-71.
9. *Medische publiekscommunicatie*. Redacteuren Meijman FJ, Meulenberg F. Bohn Stafleu Van Loghum. Houten 2002. ISBN 90 31337 587.
10. No authors listed. Endarterectomy for asymptomatic carotid artery stenosis. Executive Committee for the Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study. JAMA 1995;273:1421-8.
11. Teufelsbauer H, Prusa AM, Wolff K et al. Endovascular stent grafting versus open surgical operation in patients with infrarenal aortic aneurysms. Circulation 2002;106:782-787.
12. The International Study of Unruptured Intracranial Aneurysms Investigators. Unruptured intracranial aneurysms – risk of rupture and risks of surgical intervention. N Eng J Med 1998;339:1725-33.
13. The Multicentre Aneurysm Screening Study Group. The Multicentre Aneurysm Screening Study (MASS) into the effect of abdominal aortic aneurysm screening on mortality in men: a randomised controlled trial. Lancet 2002;360:1531-39.
14. The UK Small Aneurysm Trial Participants. Long-term outcomes of immediate repair compared with surveillance of small abdominal aortic aneurysms. N Eng J Med 2002;346:1445-52.