Maximaal Minimaal Invasief

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 326 5
© 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.

Maximaal Minimaal Invasief

Rede

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van
hoogleraar in de Urologie
aan de Universiteit van Amsterdam
op donderdag 2 oktober 2003

door

Jean de la Rosette

Vossiuspers UvA

Dear colleagues and friends,

It is a great pleasure to welcome all of you at the occasion of my inaugatory entitled *Maximally Minimally Invasive*. In the following 45 minutes I intend to elucidate you about the title of my inaugatory. I want to apologize to my English-speaking friends, however, because the rest of my presentation will be in Dutch.

Kiezen tussen Kunst en Kunde?

Aan deze oratie ligt mijn visie op de toekomst van de urologie in het AMC ten grondslag. Voor diegenen die mij kennen zal de keuze van de titel *Maximaal Minimaal Invasief* een logische zijn, voor sommigen is het een groot vraagteken en door menig collega wordt deze zelfs als bedreigend gezien. Met genoegen zal ik dan ook de keuze voor de enigszins provocerende titel van mijn oratie toelichten.

Deze titel heeft alles te maken met wat wij onder geneeskunst en geneeskunde verstaan. Medici spreken vaak met volle overtuiging over 'geneeskunde' en 'geneeskunst'. Deze begrippen worden echter vaak te pas en te onpas en door elkaar heen gebruikt.

Kunst en kunde hebben wel veel met elkaar gemeen en zijn vaak complementair. Het Academisch Medisch Centrum te Amsterdam (AMC) lijkt een smeltkroes waar kunst en kunde hand in hand gaan. De huisvesting van het AMC draagt dit dan ook duidelijk uit; in het gebouw bevinden zich vele kunstwerken, met name schilderijen en sculpturen, zodat eenieder behalve van de kunde van de medewerkers ook van de prachtige kunst van dit instituut kan genieten. Het gebouw zelf staat mijns inziens dan ook symbool voor de verwevenheid van kunst en kunde. Mijn oog voor dit detail is geen toeval aangezien toeval niet bestaat... Ik heb namelijk toevallig 'iets' met kunst en toevallig in het bijzonder met Spaanse kunst.

De vele meesterwerken van de Spaanse schilders geven een goed beeld van Spanje en van de originaliteit en de creativiteit van haar grote kunstenaars. Hun krachtige persoonlijkheid en originaliteit is volledig deel gaan uitmaken van het Europese collectieve geheugen, met de reflectie van al het Mediterrane licht en de vermenging van alle culturen die aanwezig zijn in de Europese geschiedenis.

Een van die vele kunstenaars is Francisco Bores. Geheel in lijn van de familietraditie begint Francisco met een studie bouwkunde alvorens hij in 1916 overstapt naar de Academie voor Schilderkunst. In 1922 exposeert hij voor de eerste keer in de Salon Oficial in Madrid. Het jaar daarop sluit hij zich aan bij de ultraïsten en begint hij de meest prestigieuze literaire en artistieke kringen te frequenteren.

Over zijn begintijd zegt Bores: 'Alles was nieuw voor mij, impressionisme, kubisme, surrealisme… Voor mij waren het geneeskrachtige kruiden waarvan ik de werking niet kon ontcijferen. Ik heb overal aan geroken. Cezanne interesseert hem maar echt gegrepen wordt hij door Matisse, door Derain in zijn constructieve, aan het kubisme verwante, perioden door Picasso. Wel blijft Bores een tegenstander van modieuze "ismes": "De schilderkunst moet haar vrijheden herwinnen, inclusief het observeren van de werkelijkheid."

Hoezeer zijn hier niet kunst en kunde met elkaar verweven. Is immers de kunde niet een basale vereiste om de kunst tot bloei te laten komen. Dit geldt *mutatis mutandis* evenzeer voor de gezondheidszorg. Ook daar zijn kunde en kunst nauw met elkaar verbonden. De kunde leert men door veel doen waarbij een zeker talent absoluut van pas komt. Maar binnen welk perspectief dient dan die geneeskunst gezien te worden?

Het antwoord hierop vinden we misschien in een uitspraak van een andere Spaanse kunstenaar Joaquin Torres Garcia. Hij is geboren in Chili en de zoon van een Catalaanse koopman die in 1896 met zijn gezin naar Spanje terugkeert. Torres Garcia wordt toegelaten aan de Staatsschool voor Schone Kunsten in Barcelona waar onder meer Miro, Nonell, Canals en Sunyer staan ingeschreven.

In 1917 houdt hij tijdens de opening van een expositie in Galerie Dalmau in Barcelona, een toespraak waarin hij zegt: ik ben tegen elke vorm van traditie. Je moet er

van uitgaan dat er niets achter ons ligt. Het heden behoort ons toe om dingen te maken die het leven waardig zijn.' En het is nu juist de kunst te zien wat dat heden is en wat er voor ons ligt.

Jules Vernes was zijn tijd ver vooruit met zijn ideeën die hij tot leven liet komen in zijn vele boeken. Wie kent niet de avonturen van kapitein Nemo, de reis naar het centrum van de aarde en zelfs naar de maan. De technologieën hierin spraken velen tot de verbeelding maar niemand die ooit gedacht had dat deze technologieën werkelijkheid zouden kunnen worden. Zo heeft Jules Vernes eveneens verkondigd dat water de ideale energiebron (brandstofbron) van de toekomst zal zijn. Een logisch denkend mens zal meteen zeggen dat deze fantasie ten top is. Recent echter vernam ik dat men voornemens is H2 in te zetten als milieuvriendelijke brandstof die gewonnen kan worden uit... jawel H20. Opnieuw blijkt dat onze stoutste dromen bewaarheid kunnen worden!

De urologie in perspectief

Het is mij een genoegen vandaag met U van gedachten te wisselen over wat de toekomst voor de urologie in petto heeft en welke bijdrage ik daaraan zal leveren. Met de keuze van mijn titel voor deze oratie heb ik getracht een tip van de sluier op te lichten maar ik realiseer me goed dat niet iedereen op de hoogte is van de ontwikkelingen binnen de urologie. Het lijkt me dan ook gepast om wat meer duidelijkheid te scheppen over wat het specialisme urologie zoal behelst en wat het belang is van de urologie binnen de gezondheidszorg.

De urologie is van oudsher een chirurgisch georiënteerd specialisme voor diagnostiek en behandeling van aandoeningen van de urinewegen en de mannelijke genitalia. Dit kunnen zowel goedaardige als kwaadaardige aandoeningen zijn die kunnen variëren van steenlijden en niertumoren tot pyelo-ureterale overgangsstenosen. De meeste van die behandelingen bestonden uit maximaal invasieve chirurgische technieken. Zo was bij een niersteenbehandeling tot voor enkele decennia een open benadering via een lumbotomie de eerste keus. Hetzelfde gold voor de behandeling van niertumoren evenals voor de behandeling van een pyelo-ureterale overgangsstenose. Bij al deze chirurgische benaderingen staat de kunde op de voorgrond. De

geschiedenis heeft ons echter geleerd dat minimaal invasieve technieken hierin een dramatische verandering hebben gebracht. Immers, middels de moderne niersteenvergruizer kan bij 80% van de patiënten desintegratie en evacuatie van hun stenen bereikt worden op volledige non-invasieve wijze middels schokgolven. En de kunst zit hem nu hier in dat men met de minimaal invasieve technieken die tegenwoordig beschikbaar zijn bij een specifieke aandoening de juiste keuze van behandeling maakt : minimaal of maximaal invasief.

En wat heeft de toekomst de komende twintig jaar aan de urologie te bieden? Alhoewel in theorie revolutionair en baanbrekend, zijn vele beloftes van de moleculaire biologie, zoals gentherapie, ondanks zeer ruime onderzoeksbudgetten nog lang niet ingelost.

Minimaal invasieve urologische technieken echter zijn op dit moment reeds ruimschoots voor handen en zullen ongetwijfeld in de komende jaren een fabelachtige ontwikkeling doormaken. Over twintig jaar zullen we met weemoed terugdenken aan de technologie waar we ons anno 2003 mee moesten behelpen. Deze technieken zullen zowel ten goede komen aan de diagnostiek, alsook de behandeling van urologische aandoeningen en de *follow up* hiervan.

De verdergaande ontwikkelingen in de Informatie en Communicatie Technologie (ICT), de Nanotechnologie en Optische technologie faciliteren dit proces. De urologische gemeenschap dient dan ook toegang te krijgen tot deze technologieën om de beoogde vernieuwingen te realiseren. Dat is echter alleen mogelijk indien een intensieve samenwerking met het bedrijfsleven tot de mogelijkheden behoort waarbij uitwisseling van kennis en informatie een vereiste zijn. Daarenboven moet het belang van de urologie voor de gemeenschap duidelijk zijn en wellicht uitgedragen worden door zogenaamde 'Ambassadeurs van de Urologie'. Het is mij een raadsel waarom dit tot op heden nog niet in goede banen is geleid. Is het immers niet zo dat het prostaatcarcinoom momenteel de meest voorkomende maligniteit bij de man is, dat ruim eenderde van alle mannen ooit plasklachten gerelateerd aan prostaatproblematiek krijgt en dat 5-10% van de bevolking lijdt aan nierstenen? En wat dacht U van de prevalentie van incontinentie klachten met name bij vrouwen en de zogenaamde 'aging male' problematiek die klachten behelst van de ouderwordende man en significante invloed op de kwaliteit van leven heeft. De publieke opinie is mijns inziens dan ook cruciaal om een belangrijke en blijvende ondersteuning

voor onderzoek en ontwikkelingen op urologisch (technologisch) gebied te garanderen.

We moeten het proces echter heel nauwkeurig bewaken, immers niet elke verandering die vooruitgang beoogt is daadwerkelijk een vooruitgang. Dit geldt zelfs voor de laparoscopie; alhoewel er indicaties zijn waarover inmiddels na gedegen onderzoek geen discussie meer bestaat, zoals nefrectomie en adrenalectomie, zal de laparoscopie bij andere indicaties, zoals radicale prostatectomie, zijn meerwaarde nog moeten bewijzen. We zullen steeds kritisch naar ons handelen dienen te kijken en niet klakkeloos accepteren dat een dergelijke ingreep gerechtvaardigd is omdat de morbiditeit minder is. Daarnaast dienen we ons af te vragen wat de impact van ons handelen is. Dragen we met ons handelen daadwerkelijk bij aan een verbetering van onze gezondheidszorg of wijzigen we slechts in geringe mate 'the natural course of the disease'? We zullen dus een goede balans dienen te vinden tussen datgene wat mogelijk en wat wenselijk is.

Maar wat betekent dat voor Maximaal Minimaal Invasief handelen? Ik denk dat we ons maximaal moeten inzetten om ons deze minimaal invasieve technologieën eigen te maken. In dit kader is de afdeling Urologie van het AMC voornemens een voortrekkersrol te spelen bij het onderzoek, het onderwijs en de toepassing van minimaal invasieve technieken.

Trainingscentrum

Wanneer U denkt dat het adagium 'een aap kan nog leren opereren' op minimaal invasieve technologieën van toepassing is, dan hebt U het aardig mis. Deze minimaal invasieve technologieën vereisen speciale expertise en training. Deze vereiste expertise behelst vooral een goed drie dimensionaal inzicht, het ontwikkelen van speciale vaardigheden in het gebruik van technologieën en kennis van de mogelijkheden en beperkingen van de gebruikte technologieën.

De nieuwe generatie urologen wordt enerzijds geconfronteerd met deze nieuwe technologieën terwijl men anderzijds minder mogelijkheden tot training heeft. Debet daaraan is enerzijds de huidige regelgeving terwijl anderzijds ook een cultuur-

wijziging op handen is. Hierop zullen wij als urologische gemeenschap dienen te anticiperen. Om aan de basale behoefte van training tegemoet te komen dienen wij hiervoor trainingscentra in te richten. Deze centra dienen training in een groot deel van het diagnostische en therapeutische palet te kunnen aanbieden. Hiertoe horen onder andere de echografie, endoscopische technieken en momenteel zeker ook de laparoscopie. Gelijktijdig en aansluitend hieraan dient de opleiding de toepassing hiervan te realiseren en te toetsen in de klinische praktijk. Voor een geselecteerd aantal collega's is het aansluitend aan deze basale training wenselijk om meer diepgang na te streven middels zogenaamde fellowshipprogramma's. Hierdoor wordt tegemoetgekomen aan de behoefte aan collega's met speciale expertise in grotere centra. Door de bundeling van activiteiten in deze centra zal dit tot evidente kwaliteitsverbetering leiden.

Het AMC heeft zich als doel gesteld om enerzijds als Academisch expertise centrum voor Nieuwe Technologieën te fungeren en anderzijds zijn verantwoordelijkheden voor training te nemen en zelfs een voorlopersrol in deze te spelen. Behalve als trainingscentrum voor minimaal invasieve technieken zullen de beoogde fellowshipprogramma's verder ingevuld en uitgebouwd worden.

Onderzoekslijnen

Het tijdperk waarin individuele onderzoeksgroepen monopolies hadden op bepaald onderzoek is afgesloten. De afdeling urologie van het AMC zal dan ook inzetten op een aantal onderzoekslijnen waarbij samenwerking met andere instituten en specialismen cruciaal is.

Mictieklachten bij mannen is een dankbaar onderzoeksobject. Mijn betrokkenheid bij onderzoek in die richting heeft dan ook tot nieuwe inzichten geleid in diagnostiek en behandeling van mictie klachten welke zijn neergelegd in een aanzienlijk aantal proefschriften. De effectiviteit van het therapeutische arsenaal heeft zich inmiddels uitgekristaliseerd en ik verwacht hier in de nabije toekomst geen baanbrekende vernieuwingen. Of je de prostaat nu kookt, elektrocuteert, bevriest of lasert, het resultaat is grosso modo hetzelfde: een redelijke vermindering van de klachten bij een in het algemeen aanvaardbare morbiditeit. Inmiddels zijn sommige van deze minimaal invasieve technologieën (MIT) gemeengoed geworden en wor-

den ze voorzichtig bij geselecteerde patiënten toegepast. Misschien wel de meest waardevolle bijdrage van de MIT is dat hierdoor onze inzichten in het beeld van de LUTS verruimd is en de MIT daarenboven bijgedragen hebben aan een kritische evaluatie en optimalisering van de standaard instrumentele therapie de Trans Urethrale Prostaatresectie (TURP). Maar hoe is dat dan te vertalen naar toekomstig onderzoek bij mannen met mictieklachten? Eigenlijk staat onze kennis naar de etiologie en therapie nog steeds in de kinderschoenen. Het ligt dan ook voor de hand dat nog veel basaal wetenschappelijk onderzoek nodig is. Nu zult U denken dat ik het maximaal minimaal invasieve concept afvallig ben, maar niets is minder waar. Is immers de medicamenteuze therapie niet de minst invasieve? Het verheugd me dan ook dat de afdeling urologie van het AMC onderzoekslijnen zal initiëren en bestaand onderzoek zal uitbouwen samen met andere nationale en internationale groepen, in nauwe samenwerking met de afdeling farmacologie van het AMC. Hierbij zal eveneens een nauwe samenwerking met de farmaceutische industrie gewenst zijn. Hierdoor wordt niet alleen toegang tot de nieuwste medicamenteuze therapieën gegarandeerd maar ook de terugkoppeling van het laboratorium naar de kliniek geoptimaliseerd. Ik verwacht dat we in de komende jaren nieuwe inzichten zullen krijgen in de etiologie van mictieklachten en medicamenteuze therapie, in het bijzonder gerelateerd aan de urineblaas.

De tweede onderzoekslijn wordt vormgegeven door een samenwerkingsverband tussen de afdelingen Urologie, Radiologie, MTO en Pathologie. In mijn 'vorige leven' heb ik de eerste stappen in die richting gezet. Het uitgangspunt daarbij was dat door een verbeterde beeldvorming niet alleen de diagnostiek maar ook de therapie en *follow up* van met name prostaataandoeningen verbeterd kan worden. Het prostaatcarcinoom is immers de meest voorkomende maligniteit bij de man en een vroegtijdige opsporing lijkt op zijn plaats. Anderzijds is het gewenst de beste therapie aan de individuele patiënt te adviseren. Mocht de keuze op een minimaal invasieve techniek, zoals HIFU of cryochirurgie vallen, dan lijkt het wenselijk het resultaat nauwlettend te kunnen volgen.

Inmiddels is een onderzoeksgroep in het leven geroepen die eveneens in nauwe samenwerking met verschillende groepen in binnen en buitenland bestaande projecten zal afronden en nieuwe onderzoeken zal aangaan. Daarbij zal een nauwe samenwerking met de beeldvormende industrie cruciaal zijn. Zij hebben immers

de 'toys' voor 'onze boys' en wij zijn er beide bij gebaat deze 'toys' ten behoeve van onze zorg te optimaliseren.

Ik verwacht dat we in de komende vijf tot tien jaar baanbrekende ontwikkelingen zullen zien waardoor we enerzijds beter geïnformeerd zijn over de aanwezigheid, de lokalisatie en uitgebreidheid van een tumor in de prostaat. In overeenstemming hiermee zullen we veel meer op maat een advies betreffende de optimale therapie kunnen geven en veel onnodige, overbodige en onjuiste behandelingen kunnen voorkomen.

De derde onderzoekslijn is gericht op de toepassing van innovatieve minimaal invasieve technologieën bij de behandeling van met name het nier- en prostaatcarcinoom. Deze technologieën betreffen het gebruik van geluidsgolven (HIFU), koude (Cryochirurgie) en radioactieve straling (brachytherapie ofwel interstitiële radiotherapie). Het merendeel van dit onderzoek zal in nauwe samenwerking plaatsvinden binnen het Oncologisch Centrum van het AMC waarin onder andere de afdeling radiotherapie, oncologie en urologie participeren.

Inmiddels is ruime ervaring opgedaan met HIFU bij de behandeling van het prostaatcarcinoom. HIFU staat voor High Intensity Focussed Ultrasound waarbij ultrageluid gefocusseerd wordt, hetgeen resulteert in een hoge temperatuur ter plaatse van het focus. Het AMC beoogt om, in nauwe samenwerking met de industriële partners en technische ingenieurs van het AMC, deze techniek verder te verbeteren en aldus een plaats te geven in het armamentarium bij de behandeling van het prostaatcarcinoom. In het bijzonder patiënten met goed gedifferentieerde gelokaliseerde tumoren zijn goede kandidaten voor deze therapie. Indien immers deze minimaal invasieve behandeling een even goed resultaat heeft als bijvoorbeeld een invasief chirurgische, dan zou de HIFU behandeling vanwege de geringere morbiditeit te verkiezen zijn boven de radicale (laparoscopische) prostatectomie. Anderzijds is er een toenemend aantal patiënten met een recidief van een in opzet curatieve therapie. Aangezien bij deze patiënten slechts beperkte dan wel helemaal geen andere therapeutische opties zijn, is onderzoek met HIFU bij deze patiënten een logische consequentie.

Het dilemma bij de behandeling van hoogrisicopatiënten met een prostaatcarcinoom is dat een locale behandeling vaak niet afdoende is. Bij een radicale prostatec-

tomie is het resectievlak vaker positief terwijl bij een traditionele externe bestraling de gewenste hoge dosis vaak niet gerealiseerd kan worden. Samen met de afdeling radiotherapie van het AMC wordt dan ook onderzoek gedaan naar nieuwe bestralingstechnieken zoals Pulsed Dose Radiation.

Tenslotte zal cryochirurgie klinisch ingezet worden bij patiënten met kleine niertumoren en moeten we dringend basaal wetenschappelijk onderzoek doen in het dierenlaboratorium. Patiënten met kleine niertumoren worden in toenemende mate gezien, mede door de vele toevalsbevindingen bij echografisch of CT -onderzoek. In initiëel onderzoek liet cryochirurgie bij de kleine nierceltumoren goede resultaten zien. De tijd is nu aangebroken om in een prospectief onderzoek tot de definitieve plaatsbepaling van deze therapie te komen. Voor deze toepassing geldt eveneens dat een goede samenwerking tussen de verschillende disciplines binnen het AMC en met het bedrijfsleven noodzaak is.

Maximaal Minimaal Invasief ≠ Minimaal Maximaal Invasief

Maximaal minimaal invasief is niet een synoniem voor minimaal maximaal invasief. Ik ben er van overtuigd dat we de zorg aan de patiënt gedifferentieerder kunnen aanbieden en dat minimaal invasieve technieken complementair zijn aan de maximaal invasieve technieken. We dienen de kandidaten voor de verschillende behandelingen juist te selecteren en in centra te behandelen die goed geëquipeerd zijn en expertise hebben in specifieke technieken. Ik zal me er maximaal voor inzetten om de toepassing van minimaal invasieve technologieën te toetsen, kritisch te beoordelen en Nederlandse urologen hiervan deelgenoot te maken en hierin te trainen. Het zal voor ons een hele kunst zijn om ons deze kunde eigen te maken en het is ook vooral de kunst om hierbij de juiste keuzes te maken.

Graag zou ik willen afsluiten met een reflectie op een andere beroemde Spaanse schilder, te weten Juan Miro. Hij is schilder, tekenaar, beeldhouwer en etser, en is een van de belangrijkste figuren uit de Spaanse beeldende kunst van de twintigste eeuw. In de jaren zeventig en tachtig bevolkt de kunstenaar de wereld met personages die de kunst van kinderen en zelfs in grote mate de primitieve kunst benaderen. Deze werken, die van een optimistische en onbezorgde naïviteit getuigen, vol vrolijke en schalkse knipogen, bevrijden de voorstelling vanuit het vormloze van de af-

zonderlijke elementen Zijn karakter vloeit voort uit de eenvoud, de helderheid, de objectiviteit, het beeldende karakter en – verwerpen jullie alsjeblieft de paradox niet – uit het realisme ervan. Aldus dienen wij ons te bezinnen op het Maximaal Minimaal Invasieve karakter van ons handelen in alle helderheid, objectiviteit en realisme.

Dankwoord

Graag zou ik van deze gelegenheid gebruik willen maken om familie en vrienden te bedanken voor hun aanwezigheid bij deze gelegenheid. Vooraleerst wil ik de Raad van Bestuur en in het bijzonder Prof. Louise Gunning bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen. Mijns inziens getuigd haar keuze van een juiste visie op de toekomst van de urologie en ik zal dan ook mijn uiterste best doen om het in mij gestelde vertrouwen niet te beschamen.

Ik zou echter nooit benaderd zijn door Prof. Huug Obertop, voorzitter van de divisie CHOPIN van het AMC, indien hij niet overtuigd zou zijn geweest van mijn mogelijke waardevolle bijdrage aan zijn divisie en aldus aan het AMC. In de vele gesprekken met hem heb ik hem leren waarderen als een prettige collega, een goed mensenkenner en scherp denker. Beste Huug, hartelijk dank voor je steun om mijn droom te verwezenlijken.

Prof. Frans Debruyne is zonder enige discussie de grote promoter achter mijn persoon. Ik ken hem al sinds 1985, toen ik als broekie op de afdeling urologie van het UMC St. Radboud begon. Inmiddels hebben we samen veel landen urologisch bereisd en urologische avonturen beleefd. Ik vertrouw erop dat we de komende jaren ook nog van elkaars schermutselingen mogen genieten.

Maar het is eigenlijk niet Prof. Frans Debruyne die de eer toekomt als diegene die mij wist te winnen voor de urologie. Het is eerder mijn vriend en gewaardeerde collega dr. Ad Hendrikx, die mij voor de urologie gerekruteerd heeft. Later heeft hij het nimmer na gelaten om mij de ruimte te bieden me binnen de Nederlandse Urologie te ontplooien, onder andere door mij uit te nodigen zitting te nemen in de het bestuur van de door hem opgerichte Stichting Werkgroepen Endourologie

(SWEN). Bovendien zou ik hierbij graag al mijn mede bestuursleden van de SWEN willen bedanken voor hun vriendschappelijke en collegiale samenwerking de afgelopen jaren.

Eveneens zou ik mijn vrienden en bestuursleden van de European Society for Uro-Technology (ESUT) willen bedanken, in het bijzonder Prof. Jens Rassweiler, Prof. Rolf Muschter en Prof.Roland van Velthoven. Wij zijn al jaren vrienden en hebben steeds elkaar zonder enige rivaliteit gesteund in onze gemeenschappelijke doelen. In het bijzonder zou ik hen willen bedanken voor hun persoonlijke hulp bij het opbouwen van mijn expertise in de minimaal invasieve therapieën, en in het bijzonder de laparoscopie.

Behalve de ESUT speelt ook de Society of Endourology een belangrijke rol in mijn leven. Het is dan ook een bijzonder genoegen dat Prof. Arthur Smith, de 'godfather' van de Endourologie ons met zijn aanwezigheid bij deze bijeenkomst eert. Beste Arthur ik waardeer dit bijzonder en bevestig graag mijn persoonlijke ondersteuning aan jouw Society. Het feit dat het WCE 2005 in Amsterdam gehouden wordt beschouw ik als een van de hoogtepunten in mijn carrière.

We komen nu langzaam bij die personen die sinds mijn studie een grote rol in mijn leven gespeeld hebben en die ik nog steeds mijn vrienden mag noemen. Weliswaar lijkt het alsof ik ze soms uit het oog verlies, maar steeds weer kan ik op ze rekenen als ik ze nodig heb: Dr. Paul van de Berg, dr. Richard van der Maazen, dr. Bert Verhoeven, dr. Wim Canton en dr. Frank Smedts. Samen zijn we herhaaldelijk door dik en dun gegaan en hebben we soms voor hete vuren gestaan. Graag zou ik jullie voor jullie vriendschap willen bedanken en ik ben trots jullie nog steeds mijn vrienden te mogen noemen.

Tot slot wil ik mijn familie en mijn betere wederhelft bedanken. Jammer genoeg mogen mijn vader en moeder dit niet meemaken en heb ik mijn schoonvader nooit leren kennen. Graag een bijzondere dank voor jullie liefde en onvoorwaardelijke jarenlange ondersteuning. Datzelfde geldt voor mijn familie hier aanwezig, in het bijzonder mijn zus Colette, mijn zwager Louis en niet in het minst mijn Spaanse schoonmoeder Elisa. Het is een schande dat ik met haar tot op heden nog geen woord Spaans heb kunnen wisselen behoudens het mij inmiddels welbekende 'ja-

mon' en 'vino'. Beste Elisa graag zou ik je willen bedanken dat je mij je kostbaarste bezit hebt toevertrouwd, je dochter dr. Maria del Pilar Laguna.

Beste Pilar je hebt ondertussen begrepen dat ik geen gemakkelijke man ben. Ik ben eigenwijs, gedreven, koppig, denk dat ik het altijd bij het rechte eind heb en ben soms een tikkeltje egoïstisch. Anderzijds weet jij daar goed mee om te gaan door gewoon je eigen weg te gaan. En wanneer je me soms met mijn neus op de feiten wijst moet ik schoorvoetend en ruiterlijk erkennen dat je het vaak bij het rechte eind hebt. Ik kan dan ook niet zonder jou en het is maar goed dat we uiteindelijk als vier handen op één buik zijn. Je bent niet alleen mijn beste vriend, mijn geliefde en mijn collega maar ook mijn scherpste critica. Bedankt voor je onvoorwaardelijke liefde, hulp en steun.

Graag wil ik mijn dankwoord af sluiten met een reflectie op deze redevoering die niet alleen in het licht stond van 'Maximaal Minimaal Invasief' maar eerder in die van de Geneeskunde en de Geneeskunst.

'De geneeskunde is als een balustrade. Weliswaar heb je bij het beoefenen van de geneeskunst niet continu steun nodig maar het is wel nuttig in de buurt van de balustrade te blijven voor als je dreigt te vallen.'

Ik heb gezegd.