Officium nobile, officium durum

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 251 X
© Vossiuspers UvA, Amsterdam, 2002

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° 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.

Officium nobile, officium durum

Rede

uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt
van hoogleraar in de Algemene Inwendige Geneeskunde
van de Universiteit van Amsterdam
op vrijdag 17 mei 2002

door

Joost Hoekstra

Vossiuspers UvA

Pieter Paul Rubens (1577-1640). *Het oordeel van Paris*.

Mijnheer de Rector Magnificus,
Mevrouw, mijne heren leden van de Raad van Bestuur van het AMC,
Dames en heren hoogleraren van de Universiteit van Amsterdam en van zusterfaculteiten,
Dames en heren stafleden, arts-assistenten en studenten van het AMC,
Zeer geachte toehoorders,

Graag wil ik u meenemen naar de oude Griekse wereld, in het bijzonder naar de berg de Olympus en naar het oude Troje.

Voor de ontdekking van de hemel moest men in het oude Griekenland zijn op de Olympus, want daar was het dat de goden het leven van de gewone stervelingen bestierden. De goden, van wie Zeus de belangrijkste, Hera de trouwste, Pallas Athene de verstandigste en Aphrodite de mooiste was, hoewel deze godinnen alledrie van een uitzonderlijke schoonheid waren. Nu denkt u misschien dat de Griekse goden een zorgeloos bestaan hadden, maar niets daarvan. Neem bijvoorbeeld de bruiloft van Peleus en Thetis: als het schitterende feest van deze sprookjesbruiloft in volle gang is, werpt Eris, de bewust niet uitgenodigde twistgodin, een gouden appel tussen de goden, met als opschrift: 'Voor de mooiste'. U begrijpt dat vele godinnen aanspraak maken op de appel, en Zeus, niets menselijks is hem vreemd, realiseert zich dat hij als grote roerganger niet zo onverstandig moet zijn om dit lastige oordeel zelf te vellen.

In Klein Azië, nabij Troje, verblijft op dat moment de herdersjongen Paris. Paris is de jongste zoon van de koning van Troje en is na zijn geboorte te vondeling gelegd omdat zieners voorspeld hebben dat hij Troje te gronde zal richten. Aan deze nietsvermoedende herdersjongen draagt Zeus de eervolle maar zware taak op om de gouden appel te geven aan de mooiste van de drie bovengenoemde godinnen, Hera, Pallas Athene of Aphrodite. Op een schitterend schilderij van Rubens ziet u de drie godinnen afgebeeld. En Rubens heeft hen geschilderd als inderdaad bijzonder mooie vrouwen. Verder ziet u Paris, die aarzelt wie hij zal uitverkiezen. Uiteindelijk

wordt het Aphrodite, de godin van de schoonheid, die Paris, in ruil voor de appel, de mooiste vrouw ter wereld belooft. En deze keuze blijkt het begin van een cascade van gebeurtenissen die uiteindelijk leiden tot de val van Troje.

Waarom nu deze omweg via het oordeel van Paris? En wat kan een schilderij van Rubens van doen hebben met de Algemene Inwendige Geneeskunde waarover ik u wil onderhouden?

Het antwoord is tweeledig: allereerst, deze oratie wil ik als titel meegeven: *OFFICIUM NOBILE, OFFICIUM DURUM,* een edel ambt, maar een lastig ambt!

Was de taak van Paris eervol maar lastig, we zullen zien dat het ambt van de internist vergelijkbaar eervol maar zwaar is. Om u een beeld te geven van het vak van de internist zal ik over enkele ogenblikken enige patiënten die ooit mijn pad kruisten, met u bespreken.

Ten tweede: eens was ik in de gelegenheid om over de vrouwen op het schilderij van Rubens het oordeel te vragen van een vriend van een van mijn kinderen. Zijn oordeel zou voor de drie godinnen teleurstellend geweest zijn: zo zagen de mooiste vrouwen ter wereld er niet uit, want ze waren niet 'strak' genoeg. Het is duidelijk dat het denken over schoonheid in relatie tot lichaamsgewicht in hoge mate persoonlijk, maar vooral ook cultuurbepaald is. We zullen zien dat het denken over gezondheid in relatie tot lichaamsgewicht daarentegen wetenschappelijk verankerd ligt.

Een nieuwe epidemie

De eerste patiënt die ik met u wil bespreken, is een 32-jarige vrouw, laten we zeggen, mevrouw A. Klachten heeft zij nauwelijks, maar een probleem heeft zij wel en dat betreft haar gewicht. Met een lengte van 1 m 65 en een gewicht van ruim 83 kg heeft zij een zogenaamde body mass index van ruim 30. Spreekt men bij een body mass index van 25 tot 30 nog van overgewicht, daarboven spreekt men van ernstig overgewicht, vetzucht, adipositas of obesitas. Obesitas gaat gepaard met een groot aantal aandoeningen waarvan type 2 diabetes een van de belangrijkste is. Nu blijkt de huisarts van patiënte, mede omdat type 2 diabetes in haar familie voorkomt, bij haar al gezocht te hebben naar diabetes. Haar nuchtere bloedsuikerwaarde bedroeg 6.8 mmol per liter en daarmee bevindt patiënte zich in het nevelige en niet onge-

vaarlijke niemandsland dat verscholen ligt tussen normale glucosetolerantie en diabetes. Patiënte vraagt zich af hoe zij kan voorkomen dat ook zij type 2 diabetes zal krijgen. Zoekend naar het juiste antwoord dwaalt mijn blik af naar het ongeveer tienjarige zoontje van patiënte dat haar vergezelt. Ik weet van hem geen gewicht, geen lengte en dus geen body mass index, maar één blik is voldoende: ook bij deze jongen is sprake van obesitas. Hoe kan patiënte voorkomen dat zij en haar zoon allebei diabetes krijgen? Een uitspraak van Joslin, de beroemde Amerikaanse diabetoloog uit de vorige eeuw, schiet me te binnen. De uitspraak gaat over de ontstaanswijze van type 2 diabetes, de vorm van diabetes die juist bij mensen met overgewicht gezien wordt. 'Genes load the gun, obesity pulls the trigger.' Is het waar? Is het de obesitas die de trekker overhaalt? Is het werkelijk zo eenvoudig? Het paradoxale antwoord is ja. Ja, want van alle mensen die type 2 diabetes ontwikkelen, heeft ongeveer 90% overgewicht of obesitas. De paradox zit hem in het begrip eenvoudig. Is het wel eenvoudig om in de westerse wereld obesitas te voorkomen? Laten we de getallen eens bezien. In het jaar 2000 bedroeg het percentage Nederlanders met obesitas, vetzucht dus, 9%, een getal dat zonder context misschien moeilijk te interpreteren is.[1] Welnu, laten we eens terugkijken. Wat was het percentage Nederlanders met obesitas bijvoorbeeld twintig jaar geleden? Dat bedroeg toen, ik citeer opnieuw het Centraal Bureau voor de Statistiek, 5%. In twintig jaar is dus bijna een verdubbeling opgetreden. Misschien is het goed om ook eens te kijken naar westerse landen waaraan wij Nederlanders onszelf, qua manier van leven, vaak spiegelen, zoals Groot-Brittannië en de Verenigde Staten. Aldaar bedroeg dit getal in het jaar 2000 niet 9% maar 18 respectievelijk 29%. Is het logisch om de lijn voor Nederland nog eens twintig jaar door te trekken? Of zien we om ons heen een brede neiging tot vermagering? Jammergenoeg niet. Laten we uitgaan van ongewijzigde groei. Dan is het aannemelijk dat Nederland in 2020 voor ruim 14% bestaat uit mensen met obesitas. Voor alle duidelijkheid: obesitas moet u zien als het meest prominente, best waarneembare deel van de ijsberg. Het onzichtbare deel, namelijk het gewone, onschuldig klinkende overgewicht in Nederland bedraagt momenteel nog eens 33%.

En hoe staat het met de relatie tussen obesitas en de kans op type 2 diabetes? Personen met obesitas hebben, afhankelijk van de ernst van hun vetzucht, 30 tot 60 maal meer kans om in 10 jaar diabetes te ontwikkelen dan personen met een normaal gewicht. In de komende twintig jaar is in Nederland dan ook grofweg een verdubbeling van het aantal patiënten met type 2 diabetes te verwachten. Een ver-

dubbeling die volledig is toe te schrijven aan zogenaamde welvaart; immers, onze genenpool is niet veranderd.

Misschien zult u zich bij deze verdubbeling een voorstelling maken van een grote groep mensen met louter een verhoogd bloedsuikergehalte: zogenaamde lichte diabetes. Maar, zoals Rob Heine, de hoogleraar Diabetologie zegt, lichte diabetes bestaat niet. De realiteit is dat al deze mensen op termijn echt patiënt zullen worden door de bij diabetes behorende orgaancomplicaties, zoals kransslagadervernauwing, nierfalen, oogaandoeningen et cetera. Zij zullen dus ook veel last van hun aandoening gaan ondervinden.

En wat betekent deze toename van het aantal patiënten met type 2 diabetes macro-economisch? Los van de kosten van arbeidsongeschiktheid, betekent de toename op termijn een uiterst zorgelijke stijging van de vraag naar bijvoorbeeld Dotterbehandelingen, nierdialyse, lasertherapie et cetera. Als we dit sombere, maar realistische scenario volgen, en ons realiseren dat obesitas naast de westerse wereld ook grote delen van Azië en Afrika bedreigt, is het dan overdreven om te spreken van een epidemie, ja, van een pandemie van obesitas gevolgd door een pandemie van type 2 diabetes? Ik geloof van niet.

Is beweging goed of slecht

Terug naar mevrouw A. Wat hebben wij medici, internisten zo u wilt, haar te bieden? Laten we ervan uitgaan dat er bij patiënte niet alleen sprake is van een verhoogd nuchter bloedsuikergehalte. Nee, we gaan ervan uit dat ook een orale belasting met 75 gram glucose haar positioneert in het eerder genoemde niemandsland van de gestoorde glucosetolerantie. Is extra lichamelijke inspanning in deze situatie misschien een behandelingsoptie? Lichamelijke inspanning als interventie bij diabetes en de voorstadia van diabetes is uitvoerig bestudeerd en op dit onderzoeksgebied is in de afgelopen jaren zeker vooruitgang geboekt. Vooruitgang die zich goed laat illustreren door een verhandeling van de beroemde Utrechtse hoogleraar Interne Geneeskunde Hijmans van den Bergh. Uit zijn boek *Voordrachten over Suikerziekte* uit 1925 citeer ik: ‘Een belangrijke vraag, die de patiënt den geneesheer dikwijls stelt, is of beweging goed of slecht voor hem is. In de physiologie der stofwisseling vindt men niet voldoende gegevens om er gevolgtrekkingen uit af te leiden voor de

praktijk. Men zou de geschiedenis der geneeskunde slecht kennen, zoo men meende, dat de artsen zich om die reden zouden onthouden van het verkondigen eener mening. Trouwens, het ware onbillijk dit te verwachten. De zieke moet weten, waar hij zich aan te houden heeft, en kan niet wachten, tot de wetenschap in staat is voorschriften te geven, die in alle opzichten goed gegrond zijn.'[2] In een volgende passage onderbouwt Hijmans van den Bergh zijn standpunt met de constatering dat beroemde klinische waarnemers lichaamsbeweging aanbevelen. En Hijmans van den Bergh noemt dan grootheden als Trousseau, Dieulafoy en de al eerder geciteerde Joslin.

U zult, net als ik, onder de indruk zijn van de veranderingen die sinds Hijmans van den Bergh in het denken van de internist hebben plaatsgevonden. Levert anno 2002 de wetenschap geen onderbouwing voor medische adviezen, dan zal de internist zich veelal van adviezen onthouden en zijn standpunt hierover, om niet te zeggen zijn onwetendheid, zonder aarzeling aan zijn patiënt mededelen, soms tot niet geringe verwondering aan de andere kant van het bureau. Het diepgeworteld vertrouwen in 'expert based medicine' uit de twintigste eeuw heeft plaatsgemaakt voor een automatisme van de internist van de éénentwintigste eeuw om op zoek te gaan 'evidence' en om deze 'evidence', waar mogelijk, als leidraad voor zijn medisch handelen te nemen: 'evidence based medicine'.

Maar niet alleen in het denken van de internist is er wat veranderd. Juist op het gebied van klinisch wetenschappelijk onderzoek is in de afgelopen decennia veel bereikt, ook waar het het nut van lichaamsbeweging bij gestoorde glucosetolerantie en bij type 2 diabetes betreft. In diverse studies onder patiënten met type 2 diabetes is het effect van inspanning op de gevoeligheid voor insuline en op de bloedsuikerregulatie onderzocht; veelal bleek een nuttig resultaat.

En het voorstadium van diabetes, de verminderde glucosetolerantie, waar patiënt A mee behept is? Wat heeft de internist van nu haar te bieden?

Een Finse onderzoeksgroep heeft in het afgelopen jaar laten zien dat het defaitisme van veel dokters en van veel zwaarlijvigen in deze niet terecht is. Het blijkt dat weinig inspanning, denkt u aan 4 uur matig intensieve inspanning per week, en een beperkte reductie van het lichaamsgewicht, dat wil zeggen enkele procenten, reeds leidt tot halvering van de kans op diabetes in een periode van vier jaar. Intensieve begeleiding is daarbij noodzakelijk. Het percentage uitvallers bedroeg in deze studie overigens slechts 8% en was daarmee veel lager dan de cynici onder ons zouden hebben vermoed. Verandering van manier van leven, dat is kennelijk wat wij als in-

ternist of huisarts onze patiënten met obesitas en verminderde glucose tolerantie, zoals mevrouw A, moeten aanraden.

En wat doen we met haar zoontje dat eveneens behept is geraakt met obesitas? Natuurlijk, een vergelijkbaar advies. Maar is hij representant van een majeur probleem? Helaas wel. Recent is in Groot Brittannië voor het eerst type 2 diabetes beschreven bij blanke kinderen vanaf 13 jaar, iets wat bij de meer voor type 2 diabetes bevattelijke kinderen van Aziatische en Afrikaanse afkomst al eerder was gerapporteerd.[4] Uit ander recent onderzoek blijkt dat 4% van de adolescenten met obesitas lijdt aan type 2 diabetes, terwijl ruim 20% behept is met het bovengenoemde voorstadium, de verminderde glucose tolerantie.[5] Type 2 diabetes, is die ziekte niet jarenlang aangeduid als ouderdomsdiabetes?

Wat zou er in Nederland moeten gebeuren ter preventie van de epidemie van obesitas en van type 2 diabetes? Ligt hier eigenlijk wel primair een taak voor huisarts, kinderarts of internist? Ik geloof van niet. Hier ligt vooral een dringende taak voor de overheid die met grote spoed op zoek moet naar effectieve programma's ter preventie van obesitas bij kinderen en volwassenen.

'Der Mensch ist, was er isst'

Officium durum. De grote schare personen met obesitas waarmee de internist geconfronteerd wordt, patiënten voor wie hij eigenlijk geen oplossing heeft, maken zijn ambt lastig. Nog eenmaal terug naar mevrouw A en haar zoon: op hen beiden is de beroemde uitspraak van de negentiende-eeuwse filosoof Ludwig Feuerbach van toepassing: 'Der Mensch ist, was er isst'. Uit zijn woorden komt treffend naar voren dat Feuerbach zich sterk aangetrokken voelde tot de filosofische stroming van het 'Materialismus'. En Feuerbach stelt zich daarmee in zekere zin op als een, ja juist, een internist. Ik zal u duidelijk maken dat de internist bij de vervulling van zijn edel ambt vaker dan alleen bij patiënten met obesitas aan Feuerbachs woorden moet terugdenken. Bijvoorbeeld bij mevrouw B en C.

Patiënte B is een 43-jarige vrouw die naar ons wordt verwezen met geelzucht. Zij is drie weken geleden teruggekeerd van een reis naar Egypte. Aldaar heeft zij kortdurend last gehad van diarree. Een week na terugkomst zijn geelzucht en koorts ontstaan. Haar huisarts constateert in het bloed verhoogde waarden voor bilirubine (galkleurstof) en sterke tekenen van verval van levercellen.

Op de polikliniek zien wij, het consult vindt plaats in 1991, een vrouw met een gele verkleuring van huid en slijmvliezen die overigens geen ernstig zieke indruk maakt. De lever blijkt bij lichamelijk onderzoek wat vergroot. Bij bloedonderzoek worden geen aanwijzingen voor de dan bekende vormen van leverontsteking, zoals hepatitis A, B of C gevonden. Echografisch onderzoek van de bovenbuik levert geen afwijkingen op.

Wat nu? Is er wellicht sprake van hepatitis E, een ziekte die een jaar tevoren in het tijdschrift *Science* voor het eerst beschreven is, die vooral voorkomt in Zuid-oost-Azië en die via besmet water of voedsel wordt opgedaan? Maar laten we eerst een meer voor de hand liggende vraag beantwoorden. Is het stellen van de juiste diagnose bij deze patiënt essentieel voor de behandeling? Het oppervlakkige antwoord is neen. Hepatitis E verloopt bij niet zwangere vrouwen vrijwel steeds goedaardig en patiënte is niet zwanger. Hepatitis E lijkt wat dat betreft sterk op hepatitis A.

Dan maar zo weinig mogelijk diagnostiek naar vermoedelijk goedaardig verlopende ziekten? Ik meen van niet. Ook het stellen c.q. bevestigen van een diagnose die geen behandelingsconsequenties heeft, kan van groot nut zijn: de vooruitzichten voor de patiënt zijn immers met een veel grotere mate van zekerheid te voorspellen, terwijl onderzoek naar andere ziekten verder achterwege kan blijven. Mevrouw B zelf maakt zich zorgen dat er misschien meer is. Het ontdekken van dat meerdere ligt bij uitstek op de weg van de internist.

Bij mevrouw B wordt in overleg met de medisch microbioloog bloed afgenomen voor een hepatitis E bepaling. Met enige moeite wordt, in de Verenigde Staten, een laboratorium gevonden dat de hepatitis E bepaling kan uitvoeren en inderdaad: bij patiënte blijkt er sprake van hepatitis E en ze kan gerustgesteld worden ten aanzien van haar vooruitzichten. Probleemloos herstelt ze van haar ziekte.

Ik neem u vervolgens mee naar een andere gele patiënt, patiënte C. Niet uit Utrecht medio 1991, maar uit Winschoten, enkele maanden geleden. Een 80-jarige vrouw wordt aldaar gezien door een collega-internist, ook wegens geelzucht. Patiënte is niet in het buitenland geweest en gebruikt geen medicijnen. Haar voorgeschiedenis is blanco. Ook bij haar zijn er tekenen van matig ernstig levercelverval, zonder aanwijzingen voor hepatitis A, B of C. Afwijkingen bij echografisch onderzoek zijn er bij haar evenmin. Was bij patiënte B, gezien haar reis naar Egypte, onderzoek naar hepatitis E min of meer logisch, bij deze hoogbejaarde vrouw uit Winschoten, van

wie de actieradius zich langzaamaan verengd had tot Stadskanaal en Scheemda, was dergelijke diagnostiek naar deze importziekte natuurlijk nutteloos.

Of niet? Of moet juist de internist, als denker, het oog open houden voor het minder waarschijnlijke? Maakt dat zijn ambt wellicht zo eervol, dat hij zich vaak buiten de platgetreden paden van de geneeskunde begeeft om daar verrassende ontdekkingen te doen? Misschien wel. Misschien past het juist de internist wel om de diagnostische uitdaging aan te gaan. Hoe dit ook zij, de behandelend internist laat onderzoek naar hepatitis E uitvoeren en dit blijkt zowaar positief, ook als een test gebruikmakend van een polymerase kettingreactie wordt uitgevoerd. In dezelfde periode is men in het ziekenhuis in staat om bij nog twee andere, niet-reislustige bejaarden die zich presenteren met onverklaarde geelzucht de diagnose hepatitis E te stellen. Recent is komen vast te staan dat onder varkens, ook in Nederland, een virus voorkomt dat genetisch nauw verwant is aan het humane hepatitis E virus.[6] Transmissie van dier op mens is vooralsnog niet bewezen, maar dat varkens als virusreservoir voor mensen fungeren is heel wel mogelijk. 'Der Mensch ist…'

Vrijheid en verantwoordelijkheid

Ik neem u mee naar een volgende patiënt, patiënt D. Het betreft een alleraardigste 28-jarige man die ik sinds twaalf jaar ken met zogenaamde van insuline afhankelijke diabetes, tegenwoordig type 1 diabetes genoemd. Toen de diagnose bij hem gesteld werd, hebben wij, de diabetesverpleegkundige en ik, van onze kant benadrukt dat je met type 1 diabetes een ongestoord leven kan leiden en dat er bijna geen beroep is dat zich niet met type 1 diabetes laat combineren. Patiënt zelf heeft zijn ziekte, zijn verlies zo u wilt, en de vier injecties per dag die daarbij horen, zonder veel morren geaccepteerd.

Natuurlijk was de bloedsuikerregulatie bij patiënt tijdens de eerste jaren van zijn ziekte nogal onbevredigend vanwege zijn puberteit. En in zijn daaropvolgende studententijd was de regulatie, om begrijpelijke redenen, evenmin optimaal: patiënt kwam vrij weinig op controle, en als hij kwam, dan bracht hij meestal te hoge bloedsuikerwaarden mee. Maar één ding was duidelijk: patiënt was een evenwichtig, tevreden mens, niet neurotisch precies ten aanzien van zijn bloedsuikerwaarden, en niet het slachtoffer van zijn ziekte. Inmiddels heeft patiënt een vrouw, een kind, en

een uitstekende, maar drukke baan. En zo zie je maar: met type 1 diabetes kan je alles.

Is dat zo? Kan je alles als patiënt met type 1 diabetes? Sinds het verschijnen van de resultaten van de Diabetes Control and Complications Trial in 1993 staat onomstotelijk vast dat patiënten met type 1 diabetes baat hebben bij scherpe bloedsuikerregulatie: elk procent verlaging van het geglycosyleerde hemoglobine, een bruikbare maat voor de bloedsuikerregulatie, gaat op jaarbasis gepaard met 33% minder complicaties op orgaanniveau, zoals retinopathie, nefropathie en neuropathie.[7] Maar er is een keerzijde aan scherpe diabetesregulatie: de frequente en ernstige hypoglycemieën die hiermee hand in hand gaan en door patiënten zelf beschouwd worden als een van de grootste belemmeringen in het dagelijks leven.

Bij patiënt D zijn inmiddels discrete vaatafwijkingen van het netvlies en verlies van kleine hoeveelheden eiwit met de urine vastgesteld als orgaancomplicaties van diabetes en het is duidelijk dat nu alle zeilen moeten worden bijgezet om verdere orgaanschade te voorkomen. En deze zeilen zijn: opnieuw aandringen bij patiënt op frequente controle van zijn bloedsuikerwaarden en, als dat als enige hulpmiddel niet voldoende blijkt, een proefbehandeling met een insulinepomp.

Voor enkele aspecten van de aandoening van patiënt D wil ik uw aandacht vragen. Ten eerste: de naïviteit van ons als behandelaars om de chronische aandoening type 1 diabetes voor te stellen als een 'walk-over'. Natuurlijk kan je met deze chronische aandoening niet alles. Zeker niet als het je voorland is dat je ziekte in de loop der jaren lastiger te behandelen wordt: een moeizamer bloedsuikerregulatie, minder natuurlijke bescherming tegen hypoglycemieën, en orgaancomplicaties die zich ondanks ieders inspanning veelal aandienen. Is het verwonderlijk dat type 1 diabetes frequent gepaard gaat met depressiviteit? Nog een ander aspect: wat betekent het eigenlijk om als patiënt met type 1 diabetes grotendeels je eigen dokter te zijn? Natuurlijk, een grote vrijheid, want de patiënt bepaalt zelf wanneer hij meet en hoeveel hij spuit. Maar het zal niet alleen een gevoel van vrijheid zijn. Los van al het ongemak van bloedsuikers meten en insuline spuiten, zal de verantwoordelijkheid voor het zelf reguleren van de ziekte en het dus zelf trachten te voorkomen van orgaancomplicaties af en toe zwaar drukken, zeker op de veelal jonge mensen die met de aandoening behept zijn. Het is aan de internist om oog te hebben voor dit dilem-

ma van de patiënt met type 1 diabetes: het vinden van een evenwicht tussen vrijheid en verantwoordelijkheid.

Een opgetogen co-assistent

De co-assistent heeft inmiddels patiënte E onderzocht en komt daarover rapporteren; het betreft een 58-jarige vrouw die door haar huisarts wordt verwezen in verband met algemene malaise, bloedarmoede en een sterk verhoogde bloedbezinking. Het verhaal loopt inmiddels een week of zes en patiënte begint ongeduldig te worden. De co-assistent kijkt opgetogen als hij verslag komt uitbrengen. Ik kijk hem onderzoekend aan. Heeft hij soms iets nieuws ontdekt bij lichamelijk onderzoek? Nee, het lichamelijk onderzoek had opnieuw niets afwijkends opgeleverd. Maar patiënte had geklaagd over hoofdpijn en toen hij dat hoorde, had de co-assistent gevraagd of patiënte misschien ook last had met het kauwen. Hoe de co-assistent had kunnen vermoeden dat zij juist daar last van had, zo had patiënte verbaasd gereageerd. Daar had niemand nog naar gevraagd. Jazeker, tijdens het kauwen moest patiënte steeds rust houden, om dan weer kortdurend verder te kunnen kauwen, terwijl pijn eigenlijk niet op de voorgrond stond.

Bij het vragen naar claudicatio tijdens het kauwen had de co-assistent zich gerealiseerd dat deze klacht misschien niet veel voorkomt, maar wel in hoge mate specifiek is voor de ziekte arteriïtis temporalis.

Bij mevrouw E wordt met voorrang een biopt van de arteria temporalis genomen en de klinisch patholoog bevestigt de door ons vermoede diagnose. Aan een periode van zes weken onzekerheid bij patiënte is een eind gekomen en patiënte kan gericht behandeld worden.

De co-assistent was, zoals ik al aangaf, opgetogen na zijn ontdekking, maar ik niet minder. Met zijn simpele, maar uiterst relevante vraag naar kaakclaudicatio was hij tot een vrijwel zekere diagnose gekomen. En wat kan de co-assistent met zijn uitstekende vraag ons vanmiddag leren?

Ik denk twee dingen. Allereerst. Sommige onderwijsdeskundigen dragen uit dat het er in de studie geneeskunde niet zozeer om gaat om veel kennis op te doen, maar meer om de weg in geneeskundeland te kunnen vinden. Anders gezegd: als je het maar kunt opzoeken op internet of in een boek, ben je een goede dokter. Maar is

dat wel juist? Onderstreept de anamnese bij mevrouw E niet dat patroonherkenning essentieel is voor het functioneren als arts, en derhalve dat het aanleren van patroonherkenning essentieel is voor de artsenopleiding? En misschien geeft het begrip parate kennis, ook al klinkt dat saaier en minder modern dan patroonherkenning, nog beter weer wat de beginnend medicus ruimschoots in zijn pakket moet hebben. Kennis, doortrokken van inzicht in de klinische epidemiologie, waardoor begrippen als sensitiviteit en specificiteit van klachten en verschijnselen een vanzelfsprekend onderdeel van de diagnosevorming zijn geworden. Hoezo voortschrijdend inzicht? Breekt mijn voorganger, de hooggeleerde Van Leeuwen in zijn oratie ruim dertig jaar geleden niet dezelfde lans?[8]

Ten tweede, de anamnese van de co-assistent benadrukt nog eens wat de klinisch epidemioloog David Sackett schrijft over het belang van, zoals hij het noemt, het klinisch observeren.[9] En hij bedoelt daarmee: een anamnese gebaseerd op klinische ervaring en een zorgvuldig lichamelijk onderzoek. Daar vooral ligt de kracht van de internist. En Sackett onderbouwt zijn stelling met een studie waaruit blijkt dat in de praktijk van een internist, na het afnemen van de anamnese, een juiste diagnose te stellen is in 56% van de gevallen; na het lichamelijk onderzoek stijgt dit percentage tot 73.

Maakt u, toehoorder, zich overigens geen zorgen; diezelfde internist zal met veel overtuiging, als dat bijvoorbeeld aan het eind van het diagnostisch proces nodig is, magnetische resonantie imaging of DNA-analyse aanvragen. Maar de echte kracht van de internist ligt bij de vraag naar kaakclaudicatio. Pas na deze vraag c.q. het zorgvuldig klinisch observeren is er plaats voor aanvullend onderzoek. Aanvullend onderzoek dat, zo leert de hooggeleerde Borst ons in een voordracht uit de jaren zestig, in hoge mate selectief moet zijn.[10] Zoniet, dan dreigt er, ik citeer Borst, 'onnodige schade voor de patiënt, een ongerechtvaardigd gevoel van veiligheid bij de internist, en tenslotte een bedroevend klein rendement'. En u zult het met mij eens zijn dat die selectiviteit, die terughoudendheid ten aanzien van aanvullend onderzoek alleen kan worden verwacht van uitstekend opgeleide dokters.

Officium durum

Officium durum; wat is eigenlijk zo lastig of zo zwaar aan dat overigens eervolle ambt? Natuurlijk, de besproken patiënt met obesitas die door de internist zelf niet te cure-

ren is. En zo zijn er vele andere, niet zozeer welvaartgebonden en veel ernstiger aandoeningen waarbij de internist geen curatie kan bieden. Het is soms zwaar om dat te moeten erkennen en met de patiënt te moeten bespreken. Maar of dat het zwaarste is....

Mevrouw F is een 60-jarige vrouw die verwezen wordt vanwege bloedarmoede, vermoedelijk ten gevolge van ijzergebrek. De bloedarmoede is ontdekt bij de bloedtransfusiedienst, alwaar mevrouw F als donor bekend is. Klachten heeft patiënte nauwelijks; hooguit is zij wat moe. Het lichamelijk onderzoek levert geen bijzonderheden op en besloten wordt om op korte termijn een coloscopie uit te voeren op zoek naar een mogelijke poliep of tumor die de bloedarmoede zou kunnen verklaren. Dit onderzoek blijkt voor patiënte pijnlijk en voor mij als endoscopist uiterst lastig en uiteindelijk moet de coloscopie worden afgebroken, hoewel het eerste gedeelte van de dikke darm nog niet bereikt is. Nu wordt besloten tot een flink aantal hulponderzoekingen om de oorzaak van de bloedarmoede alsnog te ontdekken. Röntgenologisch onderzoek van de dikke darm, endoscopisch onderzoek van maag en twaalfvingerige darm, röntgenologisch onderzoek van de dunne darm, bloed- en beenmergonderzoek naar een andere vorm van bloedarmoede, het levert allemaal geen diagnose op, wel het door Borst beschreven, ongerechtvaardigd gevoel van veiligheid bij mij als internist. Overigens schrijft de radioloog dat het eerste gedeelte van de dikke darm niet perfect te beoordelen is. Uiteindelijk besluit ik, de mogelijkheid van vaatmalformaties in het laatste deel van de dunne of het eerste deel van de dikke darm overwegend, om patiënte een ijzerpreparaat voor te schrijven. Het gaat patiënte daarmee goed. De anemie verdwijnt binnen zes weken en ik spreek controle over een half jaar af. Bij deze controle voel ik in de rechter onderbuik een vage zwelling. Een nieuwe foto laat nu een tumor van het eerste deel van de dikke darm zien. Patiënte ondergaat een operatie waarbij het inmiddels naar regionale lymfeklieren uitgezaaide gezwel in zijn totaliteit verwijderd kan worden. Nu, ruim tien jaar later, maakt patiënte het uitstekend, en ik mag mij gelukkig prijzen dat de natuur soms mild is voor de internist. Maar vooral moet ik mij realiseren dat een 60-jarige patiënt met een ijzergebreksanemie en een röntgenologisch matig afgebeelde rechter colonhelft een nieuwe coloscopie of colonfoto verdient en geen ijzertabletten. *Officium durum*. Het gevoel tekortgeschoten te zijn als internist, zelfs al dreigt er geen klacht en geen zaak, is dat niet het zwaarste onderdeel van het vak?

Kan overigens dat tekortschieten, die fout, daarna nog een positief vervolg krijgen? Ik denk van wel. Het is, geloof ik, goed dat de internist c.q. de opleider zijn

eigen tekortschieten nadrukkelijk inbrengt in het overleg met de arts-assistenten. Waar is het precies verkeerd gegaan? Hoe had het wèl gemoeten? Hoe is het gesprek met de patiënt over het gebeurde verlopen? Een royale terugblik van de meester zal waarschijnlijk leerzamer zijn voor de gezel dan een veelheid aan 'success stories'.

Dames en Heren, de bovengenoemde patiënten hebben mij geholpen om u een beeld te geven van de inwendige geneeskunde. Vanzelfsprekend is het beeld wat ik u geschetst heb, omwille van de tijd, onvolledig. Immers, bijna ontelbaar zijn de ziektebeelden waarmee de internist geconfronteerd wordt. En juist dat levert zo'n kleurig, geanimeerd tafereel op. Een omgeving waar goed kijken heel veel oplevert en ook een omgeving waar altijd gelegenheid is voor collegiaal overleg. De sfeer is er meestal amicaal, ook al vechten sommige aanwezigen wel eens om iets triviaals, een stok bijvoorbeeld.

Ik vat nog even samen welke beelden vanmiddag de revue gepasseerd zijn.

De Rubensiaanse moeder met kind die representant zijn van een op handen zijnde epidemie die niemand van ons, dokter of leek, zal ontgaan. Het advies aan moeder en kind is, overeenkomstig de huidige inzichten, 'evidence based'.

De twee gele patiënten die ons eraan herinneren dat superieure diagnostiek een kostbaar onderdeel van het vak inwendige geneeskunde is. Superieure diagnostiek die voor de individuele patiënt van eminent belang kan zijn en daarnaast het vak inwendige geneeskunde vooruit zal helpen.

De patiënt met type 1 diabetes, aan wie wij ten onrechte voorspiegelen dat zijn chronische ziekte hem eigenlijk geen beperkingen oplegt en die wij misschien te gemakkelijk opzadelen met zijn eigen ziekte-management.

De patiënt met de arteriïtis temporalis, gediagnostiseerd door de gouden vraag van de voortreffelijke co-assistent: *officium nobile*.

En tenslotte, de patiënt met de teleurstellende misdiagnose, iets wat bijna onlosmakelijk verbonden is met het vak: *officium durum*.

Dankwoord

Aan het eind gekomen van deze oratie wil ik graag enige woorden van dank uitspreken. Mijnheer de Rector Magnificus, leden van het College van Bestuur van de Universiteit van Amsterdam en leden van de Raad van Bestuur van het Academisch Me-

disch Centrum. Ik dank u voor mijn benoeming en het vertrouwen dat u blijkens de benoeming in mij stelt.

Woorden van dank wil ik verder uitspreken naar mijn opleiders en vele andere enthousiasmerende internisten die mij tijdens mijn opleidingstijd in het *officium nobile* zijn voorgegaan: ik noem Van Zoeren, Wolvius, Erkelens, Ten Thije, Punt, Van der Sluys Veer en Struyvenberg, noodzakelijkerwijs vele andere voortreffelijke internisten en gastro-enterologen ongenoemd latend. Het is Willem Erkelens geweest die mijn interesse voor wetenschappelijk onderzoek, in het bijzonder in de diabetologie, heeft gewekt.

Met bijzonder veel genoegen denk ik terug aan mijn lange verblijf in het hechte opleidingsziekenhuis Diakonessenhuis te Utrecht. De maatschap Interne Geneeskunde/Gastro-enterologie aldaar was een voorbeeld voor hoe het kan: gedreven zorg voor de patiënt, grote onderlinge solidariteit en sterke betrokkenheid met de opleiding tot internist. Dankbaar ben ik mijn vroegere maatschap voor heel veel, waaronder vriendschap en betrokkenheid in moeilijke tijden, maar ook voor het voorrecht om er vele jaren opleider te zijn geweest. Was het niet het opleiderschap, of beter gezegd, het deel uitmaken van het opleidingsteam wat mij en evenzo mijn maten jarenlang zo sterk geïnspireerd heeft? Een woord van dank ook aan de arts-assistenten van het Diakonessenhuis die, meer dan zij vermoedelijk beseften, er de inspirerende sfeer bepaalden. Sommigen van hen lieten zich verleiden tot serieuze research onder de vlag van de in de jaren tachtig opgerichte Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Diakonessenhuis Utrecht (SWODU); het betreft Peter de Vries, Paul Bouter, Christine Ligtenberg, Frits Holleman en Aline Stades; aan de vele voortgangsbesprekingen met hen bewaar ik de beste herinneringen.

In de zomer van 2000 werd ik benaderd door Marcel Levi met de vraag of ik een overstap naar het AMC zou willen overwegen. Lag het voor de hand een compact opleidingsziekenhuis en een goed lopende maatschap te verwisselen voor een groot, prominent Academisch Ziekenhuis? Het vooruitzicht van nieuwe inspiratie, van avontuur deed me besluiten op het vererende verzoek in te gaan. Zeker toen duidelijk werd dat sfeer en enthousiasme op de afdeling Inwendige Geneeskunde van het AMC niet onderdeden voor die in het Diakonessenhuis.

Hooggeleerde Levi, beste Marcel,

Af en toe komt men mensen tegen die van een andere planeet afkomstig lijken. Ik ken eigenlijk geen mensen van nabij die zoveel werklust, intelligentie en optimisme in zich verenigen en desondanks zo normaal zijn gebleven als jij. Ik hoop dat je tot in lengte van dagen ons afdelingshoofd zal blijven.

Hooggeleerde Speelman, beste Peter,

De arts-assistenten van de afdeling Inwendige Geneeskunde van het AMC prijzen zich gelukkig met een heldere, evenwichtige en betrokken opleider als jij. Ik prijs mij gelukkig met jou als maat c.q. als collega proximus. Graag zal ik jou en Marcel bijstaan in het bestieren van opleiding en afdeling.

Stafleden van de afdeling Algemene Inwendige Geneeskunde. Toen ik in het AMC kwam, heb ik me afgevraagd wat er eigenlijk mijn bestaansrecht was. Immers, juist ook binnen uw afdeling was alles, ook zonder mij, al goed geregeld. Met u hoop ik een aantal gebieden verder te ontwikkelen, zoals superieure zorg voor patiënten met diabetes en vooral ook klinisch wetenschappelijk onderzoek op het gebied van diabetes. De steun van onder meer Mieke Godfried, Bob Michels en Manon Schreuder zal ik daarbij hard nodig hebben.

Hooggeleerde Wiersinga en Hooggeleerde Sauerwein, beste Wilmar, beste Hans,

Via een zogenaamde nulaanstelling bij de onderafdeling Endocrinologie ben ik verantwoordelijk geworden voor het onderdeel diabetes van de opleiding in het aandachtsgebied Endocrinologie. Ik hoop en verwacht dat wij daarnaast ook op het gebied van research een vruchtbare samenwerking zullen hebben. Onderzoek bij adolescenten met obesitas en/of type 2 diabetes lijkt daarbij een even relevant als intrigerend onderzoeksterrein.

Hooggeleerde Büller en zeergeleerde Stroes, beste Harry, beste Erik,

Sinds april kent ook het AMC een opleiding in het aandachtsgebied Vasculaire Geneeskunde. Graag zal ik proberen een bijdrage te leveren aan het verder tot ontwikkeling brengen van dit aandachtsgebied.

Zeergeleerde Holleman, beste Frits,

Toen ik je benaderde om mee te gaan naar het AMC om daar gemeenschappelijk mooie, nieuwe projecten aan te pakken, had je, tot mijn grote genoegen, weinig tijd nodig voor je beslissing. Na ruim zeven vette jaren Diakonessenhuis, zijn nu de jaren AMC aangebroken, naar ik aanneem, tenminste zeven en zeker niet mager.

Dames en heren arts-assistenten en studenten,

In Utrecht heeft men mij destijds verzekerd dat arts-assistenten en studenten daar in Amsterdam compleet anders waren. Dat ik daar niets van gemerkt heb, pleit niet voor mijn observatievermogen. De samenwerking met u lijkt net zo prima als met uw Utrechtse lotgenoten. Ik hoop maar dat u dat ook zo voelt.

Dat ik hier sta, dank ik in grote mate aan mijn moeder, mijn vader, mijn vrouw Suzan en mijn kinderen. Mam, Wopke, Els en Maarten, tè mooi dat jullie erbij zijn.

Ik heb gezegd.

Literatuur

1. Vademecum Gezondheidsstatistiek Nederland 2001, Centraal Bureau voor de Statistiek, Voorburg/Heerlen, 2001.
2. Hijmans van den Bergh, A.A. *Voordrachten over suikerziekte*. Utrecht, A. Oosthoek, 1925.
3. Tuomilehto, J. et al. 'Prevention of type 2 diabetes by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance'. *New England Journal of Medicine* 2001; 344: 1343-1350.
4. Drake, A.J. et al. 'Type 2 diabetes in obese white children'. *Archives of Disease in Childhood* 2002; 86 (3): 207-208.
5. Sinha, R. et al. 'Prevalence of impaired glucose tolerance among children and adolescents with marked obesity'. *New England Journal of Medicine* 2002; 346: 802-810.
6. Van der Poel, W.H.M. et al. 'Hepatitis E virus sequences in swine related to sequences in humans, the Netherlands'. *Emerging Infectious Diseases* 2001; 7: 970-976.
7. The diabetes control and complications trial research group. 'The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus'. *New England Journal of Medicine* 1993; 329: 977-986.
8. Van Leeuwen, A.M. *Universitaire Inwendige Geneeskunde*, Utrecht, Bunge, 1985.
9. Sackett, D.L. et al. *Clinical Epidemiology*, Boston/Toronto/London, Little Brown and Company, 1991.
10. Borst, J.G.G. 'Noodzakelijk, overbodig en schadelijk geneeskundig onderzoek'. *The Netherlands Journal of Medicine* 1973; 16: 144-156.