

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/19474>

Please be advised that this information was generated on 2019-02-21 and may be subject to change.

Vaatchirurgie terecht

Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar
Vaatchirurgie aan het UMC St Radboud van de Katholieke Universiteit
Nijmegen op vrijdag 2 juli 2004.

door dr. Jan D. Blankensteijn

Vormgeving en opmaak: Nies en Partners bno, Nijmegen

Drukwerk: Thieme MediaCenter Nijmegen

ISBN 90-9018281-0

© dr. Jan D. Blankensteijn, Nijmegen, 2004

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

Mijnheer de rector magnificus, dames en heren,

Inleiding

De bekendheid van de vaatchirurg bij 'de gewone man' steekt magertjes af bij die van specialisten als de hartchirurg en de neurochirurg. Daar zijn verschillende verklaringen voor. Ten eerste is vaatchirurgie nog maar een jong vak. Het is eigenlijk pas echt op gang gekomen na de Tweede Wereldoorlog. Dat ligt uiteraard niet aan een gebrek aan bloedige oorlogen voor die tijd, maar wel aan gebrek aan geschikt instrumentarium, hecht- en vooral vaatprothesemateriaal. Het enige wat toen soelaas kon bieden was het afbinden van een bloedvat. En dat noem ik geen vaatchirurgie; ik kom daar bij de bespreking van spataderen nog even op terug. Een andere verklaring voor het geringe 'Übermensch'-gehalte van de vaatchirurg is dat men pas begrijpt wat een vaatchirurg is en doet wanneer men er iets mee te maken krijgt, en dat moment ligt voor de meeste mensen toch ruim in de achtste of negende decade van hun leven. Een ander excuus voor ons noodlijdend imago is dat het in het onderbewuste toch iets te maken heeft met ons werkterrein in het menselijk lichaam: we mogen aan alle bloedvaten opereren, behalve aan die van hart en hersenen. Mogelijk wordt dat toch ergens in overdrachtelijke zin geïnterpreteerd alsof de vaatchirurg zijn 'hart en ziel' is kwijtgeraakt aan de eerdergenoemde hartchirurg en neurochirurg. De meest waarschijnlijke verklaring is echter de positie die de vaatchirurgie inneemt binnen het moederspecialisme chirurgie, tegenwoordig met enige hang naar nostalgie vaak weer 'heelkunde' genoemd. Hierover later meer.

We schrijven 1992. Kort na het voltooiën van mijn opleiding tot chirurg was ik naar Boston getogen om in het Massachusetts General Hospital (MGH), gelieerd aan de vermaarde Harvard Universiteit, verder opgeleid te worden in de vaatchirurgie. Stelt u zich voor mijn eerste dag: op audiëntie bij de grote Bill Abbott, hoofd van de afdeling vaatchirurgie van het MGH. Hij zat zoals gebruikelijk met de schoenen op het bureau achterover gezakt en schoof me een tijdschrift toe. Ik werd op een advertentie gewezen die bestond uit een vaatfoto van een groot aorta-aneurysma (dat is een verwijding van de buikslagader) en het onderschrift: 'A typical case for surgical repair, right?' 'Eh... ja?', dacht ik, maar Abbott sprak uitdagend: 'Turn, the page!'. 'Wrong, a typical case for percutaneous repair!', stond er op de volgende bladzijde boven hetzelfde aneurysma, maar nu met een rudimentaire endoprothese erin getekend.

Ach... het adverterende bedrijf liep nogal vooruit op de op dat moment beschikbare technologie en dr. Abbott en ik hebben die ochtend smakelijk gelachen om de radiologen die de ingreep blijkbaar moesten doen en die volgens hem hun eigen veters nog niet konden strikken. Maar het tij was al niet meer te keren. Nog geen anderhalf jaar later werd ik door prof. Van Vroonhoven gevraagd om naar Utrecht te komen om te helpen met het opzetten van een programma voor minder invasieve behandeling van het buikaneurysma (de term endovasculair was toen nog niet geboren).

In mijn Boston-jaren werd ook heftig gediscussieerd over het nut van de operatie aan de halsslagader. Deze operatie stamde uit de jaren vijftig en met het groeien van het specialisme vaatchirurgie groeide ook het aantal carotidesobstructies explosief. Aangezien het een preventieve maar zeker niet ongevaarlijke operatie is, werd er in de jaren tachtig terecht aan de noodrem getrokken door de neurologen die, oneerbiedig gezegd, met de 'brokken' geconfronteerd werden. Om duidelijk aan te tonen dat die zogeheten carotisendarteriëctomie meer kwaad deed dan goed werd het toen nog kersverse instrument van de gerandomiseerde trial ingezet. In een gerandomiseerde studie worden twee behandelingen met elkaar vergeleken door de ene helft van de patiënten züs te behandelen en de andere helft zo, waarbij de keuze voor de behandeling bepaald wordt door het lot. Niet één maar meerdere grote gerandomiseerde studies werden gestart en aan het begin van de jaren negentig, na vele duizenden, zo niet meer dan 10.000 gerandomiseerde patiënten werd eindelijk duidelijk dat, in bepaalde gevallen, de carotidesobstructie wel degelijk nuttig kon zijn. Het is maar een kleine operatie en minder dan 1 op de 1000 chirurgische ingrepen in Nederland is momenteel een carotidesobstructie, maar er kan rustig gezegd worden dat het, wetenschappelijk gezien, de meest gefundeerde ingreep van de hele heelkunde is.

Tien jaar geleden. Ik ben zojuist aangetreden als stafid van de divisie chirurgie in het Academisch Ziekenhuis Utrecht (toen was het nog een ziekenhuis) om de nieuwe stroming in de vaatchirurgie, die later endovasculair zou gaan heten, tot bloei te brengen. Een van mijn eerste uitgetypte polibrieven krijg ik tot mijn stomme verbazing terug van de hooggeleerde Van Vroonhoven, hoofd van de heelkunde, die blijkbaar alle uitgaande brieven nalas, met daarop in blauwpaarse inkt met zijn karakteristiek zwierige, meestal moeilijk te lezen handschrift de woorden: 'Hier ben ik niet blij mee!'. Waar was hij niet blij mee? Ik had ondertekend met 'Dr. J.D. Blankensteijn,

vaatchirurg'. Wie dacht ik wel dat ik was, of eigenlijk: wat dacht ik wel dat ik was? Een moment van bezinning tien jaar geleden: de vaatchirurgie, een vak stevig in de houdgreep van het moederspecialisme heelkunde en de magistraten van het concilium chirurgicum (Van Vroonhoven cum suis) waren overduidelijk nog lang niet van plan los te laten; een vak waarbij iedere pietluttige operatie een bewijs nodig heeft waarmee tienduizenden patiënten gemoeid zijn om aan te tonen dat het een nuttige ingreep is; en een vakgebied met een weinig imponerend imago dat op het punt staat duizelingwekkende veranderingen te ondergaan die de vaatchirurg, indien hij niet snel mee verandert, tot een anachronisme zal maken.

En hier sta ik, tien jaar later. De Katholieke Universiteit Nijmegen, binnenkort gelukkig Radboud Universiteit Nijmegen geheten, heeft mij de opdracht gegeven om in de rest van mijn loopbaan aan te tonen dat vaatchirurgie in alle opzichten terecht is.

Vaatchirurgie terecht

De vaatchirurgie is terecht. 'Was 'ie dan zoek?', zult u vragen. Nee dat niet, maar de identiteit is nooit zo duidelijk geweest als bijvoorbeeld die van de urologie. Laat ik bij het begin beginnen. Het specialisme vaatchirurgie is na de Tweede Wereldoorlog geboren. In de V.S. werd in 1947 de 'Society for Vascular Surgery (SVS)' opgericht en de 'International Society for Cardiovascular Surgery (ISCVS)' in 1952. In de zestiger jaren groeide het aantal leden van de verenigingen, maar opleiding en ervaring in het nieuwe vakgebied was schaars. Veel vaatchirurgische instrumenten en technieken moesten nog uitgevonden worden en werden in die jaren uiteraard naar hun illustere bedenkers genoemd zoals De Bakey, Crawford, Cooley en Fogarty. Nog maar weinig chirurgen wisten in de jaren zeventig echter raad met spoedgevallen zoals het gebarsten aneurysma of acute vaatafsluiting.

In 1981 werd de Nederlandse Vereniging voor Vaatchirurgie (NVVV) opgericht als subvereniging van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVH). Door de NVH werd deze oprichting gefiatteerd in de hoop de in die tijd bij sommigen kopstukken van de vaatchirurgie levende gedachte te ontkrachten dat het vak zich zou moeten ontwikkelen tot een volledig apart specialisme (zoals urologie). Vele achtereenvolgende besturen van de NVVV hebben in meer of mindere mate aangestuurd op deze afsplitsing. Een uiting daarvan was de oprichting van de vervolgopleiding voor vaatchirurgie. Dit CHIVO-schap (chirurg in vervolgopleiding) vond eind jaren tachtig

tevens zijn rechtvaardiging in het grote overschot 'jonge klare chirurgen'. De vervolgopleiding leek voor de NVH een logische buffer, maar werd door velen gezien als een stap in de richting van afsplitsing en dat moest koste wat kost voorkomen worden. Desondanks dreef het vaatchirurgische bootje op de stroom van de technologische vooruitgang steeds verder af van het moederschip heelkunde.

Parallel aan de andere snijdende specialismen heeft de behandeling van vaatziekten zich aan het eind van de vorige eeuw explosief ontwikkeld richting minder invasieve behandelingen. Geen grote snee, maar een prikgaatje; geen narcose maar plaatselijke verdoving; geen IC-opname maar dagbehandeling. Als voorbeelden kunnen worden genoemd de percutane transluminale angioplastiek (PTA of Dotterbehandeling) welke het aantal buikoperaties voor vaatvernauwingen heeft gedicimeerd; de endovasculaire behandeling van het aneurysma van de aorta en de endoscopische technieken. Naar verwachting zullen in de komende tien jaar ook de carotidesobstructie en de perifere bypasschirurgie voor een belangrijk deel 'sneuvelen'.

Vaatchirurgen die deze technologische vooruitgang niet tijdig hebben zien aankomen hebben pech. Degene die wel op tijd instapten hebben daar wel wat voor over moeten hebben: cathetertechnieken aanleren, zichzelf en personeel bijscholen en als klap op de vuurpijl de traditionele, directe ooghandcoördinatie en het rechtstreekse contact met de warme, glibberige en soms weerbarstige weefselstructuren opgeven voor een gebrekkig, laag resoluut, zwart/wit, 2D-beeld in de hoek van de operatiekamer. Maar voor de die-hearts was het duidelijk dat zonder deze inspanningen het jeugdige vakgebied vaatchirurgie een vroege dood zou sterven. Want de concurrenten lagen al op de loer. De katheter was namelijk helemaal niet het monopolie van de vaatchirurg, eerder nog van de interventieradioloog. Gevaarlijker was de concurrentie van de interventiecardioloog, een nieuw, gevaarlijk transgeen ras dat veel, maar uitsluitend, verstand heeft van het hart. In Nederland zijn de vaatchirurgen een beetje uit de wind gebleven door de budget- en lumpsumgestuurde financiering van de gezondheidszorg, maar het gevaar is zeker niet geweken. Meer en meer privé-klinieken worden gedoogd en straks gelegaliseerd nog voordat we een goed systeem hebben ontwikkeld van visitatie en kwaliteitmonitoring betreffende behandeling maar vooral ook indicatiestelling. Het is namelijk helemaal niet moeilijk aan een geldschietter of een verzekeraar een idee te verkopen van een privé-kliniek voor een sprankelnieuwe, fantastische, hightech minimaal invasieve behandeling als alternatief voor

een grote, gevaarlijke operatie. Een behandeling die in de nieuwe kliniek veel goedkoper en veel efficiënter dan in de reguliere ziekenhuizen kan worden uitgevoerd en waar de patiënten anders voor naar Duitsland en België moeten en waar de verzekeraars onder de Europese wetgeving toch de rekeningen van gepresenteerd krijgen. Helaas wordt vaak 'even' voorbijgegaan aan het feit dat deze fantastische nieuwe behandeling, zo hij al bewezen beter is dan de bestaande, voornamelijk uitgevoerd gaat worden bij patiënten die de ingreep helemaal niet nodig hebben.

Een andere belangrijke ontwikkeling die een grote impact heeft gehad op de diagnostiek en behandeling van vaatziekten is die van de beeldvormende technieken. Het diagnostische angiogram, de katheterisatie, is in het afgelopen decennia van gouden standaard verworden tot vrijwel obsoleet. De intra-arteriële contrastangiografie bestaat eigenlijk alleen nog in het kader van endovasculaire interventies en ook daar is de verwachting dat CT- en MR-technieken de intra-arteriële contrastangiografie volledig zullen vervangen. De endovasculaire technieken leunen zwaar op de beeldvorming voor preoperatieve diagnostiek en meting, intraoperatieve 'guidance' en nacontrole. Hiermee is de behoefte aan beeldvormende technieken in kwantitatieve en kwalitatieve zin exponentieel gestegen. Illustratief is de behandeling van het aneurysma van de aorta abdominalis. Tien jaar geleden werd dit veelal geopereerd met niet meer dan een echografie, soms een angiogram. Tijdens de operatie werd geen beeldvorming gebruikt en erna hooguit eenmalig een controle-echo. Tegenwoordig wordt voorafgaande aan de ingreep in ieder geval een CTA of MRA gemaakt en indien voor endovasculaire behandeling gekozen wordt, is röntgendoorlichting en angiografie op de operatiekamer vereist en wordt er direct na de operatie een CTA of MRA gemaakt en vervolgens zo'n beetje iedere zes of twaalf maanden een controle-CTA/MRA, een buikoverzichtfoto en vaak nog een Duplex. Of het nu toevallig is of niet, de eisen aan de beeldvorming zijn niet alleen exponentieel gestegen, ook de mogelijkheden van de medische beeldvorming zijn bijna magisch in vergelijking met tien jaar geleden.

U kunt zich voorstellen dat de vasculair geïnteresseerde chirurg zich door de omschreven klimaatwisselingen voelde alsof hij van ijsschots naar ijsschots moest springen. Terwijl zijn vakgebied aan een kant nog uitkristalliseerde, kalfde het aan de andere zijde al af door alternatieve therapieën en territoriumdrift van collega-specialisten.

Inmiddels is het territorium van de vaatchirurg internationaal, maar ook nationaal bijna compleet afgebakend. Kort geleden zijn de twee Amerikaanse vaatchirurgische verenigingen de SVS en de AAVS (de oude ISCVS) gefuseerd tot de nieuwe SVS. Er is een 'International Society for Vascular Surgery (ISVS)' opgericht en er zijn in Nederland vergaande plannen voor vaatchirurgische accreditatie. De moderne vaatchirurg heeft een breed en multidisciplinair verantwoord arsenaal behandelmogelijkheden, een groot en door de vergrijzing alsmaar groeiend aanbod patiënten met vaatziekte dat nog steeds naar hem verwezen wordt en niet naar de interventieradioloog of cardioloog, en een duidelijke plaats in de meeste chirurgische maatschappen. Het is bij lange na geen monospecialisme, maar we weten in ieder geval exact waar we over spreken als het gaat over vaatchirurgie.

Vaatchirurgie terecht

De vaatchirurgie staat terecht. 'On trial' in het Engels en dat geeft prachtig weer dat de vaatchirurgie inderdaad terecht staat middels 'trials', waarmee dan weer bedoeld wordt wetenschappelijke studies die het nut van bepaalde ingrepen moeten testen of vergelijken. Ik noemde reeds de trials betreffende de carotidesobstructies. Trots suggereerde ik dat het misschien wel de best gefundeerde operatie in de geschiedenis is. Maar hoewel verschillende studies ons hebben geleerd wanneer een carotisvernauwing wel en niet geopereerd moet worden, moeten we ons realiseren dat die studies in de jaren negentig zijn gepubliceerd en dat het dus patiëntenmateriaal betreft uit de jaren tachtig. In die periode was de medicamenteuze behandeling van de patiënt met atherosclerose totaal niet vergelijkbaar met wat er nu gedaan kan worden aan verhoogd cholesterol, hoge bloeddruk, roken en noem maar op. Het geheel van niet-operatieve behandelingen waarmee een bepaalde interventie vaak vergeleken wordt, wordt 'Best Medical Treatment (BMT)' genoemd. In het verleden was dat een synoniem voor 'niks'. Het verschil in resultaat tussen BMT en operatie plus BMT is het effect van de operatie. Maar u kunt zich voorstellen dat met veel betere BMT het effect van de operatieve behandeling relatief kleiner wordt, met als consequentie dat we eigenlijk alle carotis trials over moeten doen. En net wanneer dat tot ons doordringt, wordt er een minder invasieve behandeling geïntroduceerd, de carotis stenting, waarvan we de kortetermijnresultaten nauwelijks en de lange-termijnresultaten helemaal niet kennen en zonder dat er resultaten zijn van ade-

quate vergelijkende studies. En de stents vliegen al bijna letterlijk om de oren van de patiënten! De interventiecardiologen staan vooraan te roepen hoe belangrijk deze behandeling is, de lekenpers en de patiënten zijn al even snel overtuigd en de druk van de industrie op de behandelaars is bijna onweerstaanbaar. Je moet als vaatchirurg wel heel sterk in je wetenschappelijke schoenen staan en bereid zijn het risico te lopen dat je een groot deel van je praktijk kwijt raakt om niet een beetje met de wind mee te buigen. En ik kan makkelijk in mijn academisch ziekenhuis roepen: 'We doen een behandeling die niet bewezen beter is dan de gebruikelijke niet of alleen in trialverband waarin gepoogd wordt aan te tonen dat die nieuwe behandeling beter is.' Maar in een minder wetenschappelijk klimaat spelen vaak hele andere factoren een rol om bij een beslissing overstap te gaan.

Op het Charing Cross vaatsymposium in het Imperial College in London april dit jaar was er een heftig debat over carotis stenting versus desobstructie. Peter Gaines, een bevriende radioloog uit Sheffield, die een van de eersten was die carotis stenting in Europa toepasten en nog steeds een gerandomiseerde trial heeft lopen, zei om de stelling kracht bij te zetten dat carotis stenting de behandeling van voorkeur moest zijn: 'If you want to know all about carotid endarterectomy, you've come to the right place: around the corner of the Imperial College you'll find the museum of surgical history'... Jonathan Beard, een vaatchirurg ook uit Sheffield en zeker niet minder gevat antwoordde: 'Well, if you're on your way to the museum of history, you'll pass by the museum of science, you better go there first to look for the evidence'. We leven in een tijd van Evidence Based Medicine (EBM).

Een ander goed onderzocht onderdeel is de aneurysmachirurgie. Vroeger werd ons door de pioniers van de vaatchirurgie geleerd: 'An aneurysm will rupture' (Crawford) en we waren lekker op weg ieder aneurysma uit de weg te ruimen voordat het kon rupturen. Maar al snel werd – net als bij de carotischirurgie – duidelijk dat bij preventieve chirurgie de voors en tegens tegen elkaar moeten worden afgewogen. Een aardige statistische techniek is om uit te rekenen hoeveel preventieve ingrepen er gedaan moeten worden om een 'major event' te voorkomen, het 'number needed to treat'. Voor een symptomatische carotis stenose wisten we al dat dat getal ongeveer 15 was en daarmee acceptabel, maar voor het kleine aneurysma (kleiner dan 5,5 centimeter en dat is de meerderheid) is uitgerekend dat dat getal ver boven de vijftig komt en daarmee in dezelfde range is gekomen als de tegenpool: 'number needed

to harm'. En net wanneer we al deze patiënten netjes en uitgebreid uitleggen dat ze wel een aneurysma hebben, maar dat het echt niet de 'tijdbom' is waarvoor ze door goed bedoelende medische of paramedische collega's of zelfs leken worden bang gemaakt, net op dat moment begint men te geloven dat de nieuwe endovasculaire behandeling veel beter is dan de conventionele.

Met de endovasculaire behandeling wordt het aneurysma uitgeschakeld door er een prothese aan de binnenkant in te plaatsen. Deze prothese kan in opgevouwen toestand met behulp van röntgendoorlichting vanuit de lies worden ingebracht en op de juiste plaats worden ontplooid. In de begin jaren negentig waren de materialen rudimentair en de complicaties talrijk. Toen werd om die reden de procedure alleen endovasculair gedaan als men het gevoel had dat de gebruikelijke open operatie voor de zogeheten 'high-risk' patiënt een te groot operatierisico vormde. Grappig om te zien dat er in die periode het grootste aantal 'high-risk' patiënten ooit werd geclassificeerd. Toen we alleen de grote operatie tot onze beschikking hadden, maalden we niet zo om dat hoge operatierisico. Alles is relatief! Inmiddels zijn de endoprothesematerialen en inbrengsystemen een stuk betrouwbaarder en patiënt- en gebruikersvriendelijker geworden. Er is bijna geen zichzelf respecterende vaatchirurg meer te vinden die de endovasculaire behandeling niet tot zijn arsenaal rekent, al doet hij er maar enkele per jaar. Het zou me niets verbazen als er in 2004 bij de jaarlijkse 1500-1700 electieve aneurysma's in Nederland 500 endoprotheses worden geplaatst. De inkt van de rapportage van de dertig dagen-uitkomsten van mijn eigen DREAM-trial, 's werelds eerste gerandomiseerde studie van open versus endovasculaire behandeling, is nog nat! We hebben geen idee wat de vergelijking over vijf jaar zal zeggen. En wat denkt u? Nu al wordt er geroepen dat we aneurysma's met de endovasculaire methode moeten behandelen wanneer ze niet de 5,5 centimeter hebben bereikt, maar al bij 4 centimeter. Er zijn zelfs al studievoorstellen die een dergelijke hypothese gerandomiseerd willen testen. En wie is er geïnteresseerd om zo'n studie te sponsoren? Juist, de industrie, wat een verrassing. En na de behandeling van een 4 centimeter groot aneurysma zal niemand ontevreden zijn: niet de patiënt (die is van zijn 'tijdbom' af), niet het ziekenhuis (dat profiteert van de endovasculaire expertise en haalt zijn productie), niet de verzekeraar (want die kan opscheppen over de nieuwe technologieën die hij in zijn pakket aanbiedt), niet de vaatchirurg (die houdt zijn aantallen op peil om het predikaat vasculair- en endovasculair chirurg

te behouden en heeft materiaal voor zijn wetenschappelijke hobby'tjes) en zeker de industrie is niet ontevreden (die hebben terecht maar een missie: geld verdienen). Moeilijk hè, om te zien wie er nou eigenlijk verliest? Wie betaalt de prijs? De prijs wordt door u en mij betaald, uiteindelijk via onze verzekeringspremie en door patiënten die lang op een wel bewezen behandeling voor een goede indicatie moeten wachten omdat het geld er niet is om er meer van te doen. De patiënt die tien jaar lang jaarlijks op controle moet komen en uiteindelijk in het gunstigste geval opnieuw geopereerd moet worden omdat de endoprothese uitbreekt, maar misschien zelfs komt te overlijden aan een gebarsten aneurysma omdat de endoprothese toch niet deed wat men dacht dat hij deed. Dat zijn de verliezers.

Voor de behandeling van claudicatio intermittens geldt precies hetzelfde. Het is weliswaar een vervelende klacht maar er is geen enkel bewijs dat Dotterprocedures, stents, of welke operatie dan ook, langer dan het eerste jaar na de behandeling beter zijn dan conservatieve behandeling. En ook nu weer geldt dat alles wat we weten over de matige resultaten van looptraining waarschijnlijk volstrekt obsoleet is in het licht van moderne multipiele medicamenteuze risicofactor behandeling. Er is al berekend dat we met een combinatiepreparaat van zes medicijnen die bewezen nuttig zijn voor patiënten met vaatziekten (de polypill genoemd) meer dan 80 procent van de hart- en herseninfarcten kunnen voorkomen.

In Nederland worden per jaar circa 3000 patiënten operatief behandeld voor claudicatio intermittens. Dat is belachelijk! Ik steek vandaag mijn hand in het vuur als meer dan de helft van die patiënten een goede uitleg heeft gehad over de milde prognose van de ziekte (80 procent gaat vanzelf over), een adequaat, gesuperviseerd looptrainingsprogramma van minstens zes maanden heeft doorlopen of in ieder geval geprobeerd, een geïntegreerde aanpak van alle risicofactoren heeft gekregen met in ieder geval een stop met roken-programma en breed spectrum medicamenteuze behandeling (en controle op therapietrouw en effect). Wat, ik steek mijn hand in het vuur als het meer dan 10 procent is. Ik zie nogal eens patiënten die verwezen zijn voor een second opinion over hun loopklachten. Een second opinion omdat hen het conservatieve beleid van de eerst geconsulteerde vaatchirurg niet zint en er vaak maar drie minuten tijd was voor uitleg. Ik vertel zo'n patiënt dat die loopklachten wel erg vervelend zijn, maar dat ik vele malen meer kan betekenen voor zijn gehele gezondheid en zijn kansen op een lang en klachtenvrij leven indien ik hem van

het roken af krijg, ervoor kan zorgen dat hij trouw zijn pilletjes (voor onder andere het cholesterol) inneemt en andere meer bedreigende manifestaties van de vaatziekte tijdig opspoor en behandel. Dus je komt voor pijn in je poot en een half jaar later heb je verschillende duplexen en scans gehad, een operatie voor een aneurysma dat je niet wist dat je had, een stuk of vier verschillende medicijnen, je bent gestopt met roken en ondanks kilometers lopen en het aanschaffen van een hometrainer, heb je nog steeds pijn in je poot. Ik geef toe, soms een beetje moeilijk uit te leggen. Maar niet eerder dan dat dat moment is aangebroken moet over interventies voor claudicatio intermittens worden nagedacht. En dat is geen persoonlijke gedachtenkronkel. Zo staat het gewoon in de richtlijnen.

Een van mijn grote dromen, net na mijn start in het AZU, was een gerandomiseerde studie waarin de gebruikelijke open aneurysma-operatie werd vergeleken met de nieuwe endovasculaire methode. Het zou een landelijke studie moeten zijn, waaraan alle endovasculaire centra meededen. De eerste aanvraag bij het fonds ontwikkelingsgeneeskunde van de ziekenfondsraad (ZFR nu CVZ) heb ik in 1995 ingediend. In die beginfase was de techniek nog erg pril getuige het uiteenvallen van het device waarmee we de trial wilde doen vlak voor de eerste inzendingsdeadline. Een typisch voorbeeld van al verouderd in de kinderschoenen. In 1999, acht aanvragen verder, werd de DREAM-studie uiteindelijk goedgekeurd en voor 4,2 miljoen gulden gesubsidieerd. Een ongekend hoog subsidiebedrag en opnieuw een kans om met ons kleine kikkerlandje hoog te scoren op het internationale wetenschappelijk podium. Nederland heeft namelijk een traditie van grote, landelijke, multicentre gerandomiseerde studies naar vaatziekten (ESPRIT, DIST, BOA, et cetera) voornamelijk voortvloeiend uit de grote subsidiepot voor dergelijke studies van de ZFR in de negentiger jaren. Helaas ontbrak bij enkele Nederlandse vaatchirurgen de visie om mee te doen aan deze unieke DREAM-trial, met als gevolg een krap aantal patiënten in de looptijd van de trial. Anders hadden we al een jaar geleden de eerste resultaten van een gerandomiseerde open versus endo- studie kunnen publiceren en hadden we opnieuw iedereen in de wereld verrast. Door de trage inclusie zijn we nu bijna ingehaald door de Engelse, natuurlijk veel grotere, trialvariant. Veel mensen hebben keihard gewerkt aan de DREAM-trial en het is hun verdienste dat de studie ondanks veel tegenwind eind vorig jaar toch is afgerond. De resultaten worden binnenkort gepubliceerd en er zullen nog veel meer publicaties volgen uit deze schat aan data, want gelukkig

hebben we alle handen van de participanten weer op elkaar gekregen toen we het plan lanceerden om de geïnccludeerde patiënten nog eens drie extra jaren te vervolgen middels de DREAM-ON studie. Waarde collega's, laten we elkaar in dit kleine landje alstublieft geen vliegen afvangen. We moeten in de toekomst proberen de gelederen meer gesloten te houden. Er gaan al zoveel meer euro's van de belangrijke subsidiegevers zoals ZonMw en de Nederlandse Hartstichting onze vaatchirurgische neuzen voorbij door kinnesinne. Ik pleit krachtig voor een sterker vaatchirurgisch front ten overstaan van subsidiegevers.

Een andere onderzoekslijn die ik samen met het Image Science Institute van het UMC Utrecht heb opgezet, betreft de Magnetische Resonantie (MR)-beeldvorming van aneurysma's voor en na endovasculaire behandeling. In het UMC St Radboud heb ik veel steun gekregen voor het vervolg hiervan en het opzetten van een vasculaire MR onderzoekslijn in Nijmegen. De infrastructuur met drie 'top-of-the-line' MR-scanners en de expertise van de onderzoeksgroep van prof Barentsz is er en het Vasculair Academisch Topcentrum (VAT) staat volop in de steigers. We staan aan het begin van een naar mijn idee zeer lucratieve onderzoekslijn, het goud is hier en daar nog maar net bloot gekomen. Het grote delven kan beginnen!

Dames en heren, de vaatchirurgie staat nog steeds terecht. We ontkomen er niet aan om ons handelen, keer op keer, te toetsen volgens keiharde wetenschappelijke normen en richtlijnen. Veranderingen moeten niet tegengehouden worden maar omarmd, gestimuleerd en zorgvuldig getoetst, anders worden we tot marionetten van de publieke opinie, de verzekeraars, het marktmechanisme, of erger nog, de industrie.

Vaatchirurgie terecht!

Er zijn nog chirurgen die twijfelen aan het bestaansrecht van de vaatchirurg. Ik heb eerder de ongelooflijk snelle technologische vooruitgang van de medische beeldvorming en de minder invasieve behandel mogelijkheden opgevoerd. Nu draag ik als verdere onderbouwing aan de toenemende complexiteit van de multidisciplinaire zorg voor de atherosclerose patiënt en de noodzaak tot secundaire preventie en screening op andere manifestaties van arterieel vaatlijden.

In de literatuur is ruim bewijs voorhanden dat de prognose van de vaatpatiënt beduidend verbeterd kan worden met behulp van vroegtijdige diagnostiek en behandeling van risicofactoren voor vaatlijden zoals roken, suikerziekte, verhoogd cholesterol,

hoge bloeddruk (enfin u weet wel wat ik bedoel uit de Becel-reclame). Primaire preventie richt zich op het voorkomen van atherosclerose. Secundaire preventie richt zich enerzijds op het voorkomen van nieuwe manifestaties van de ziekte en anderzijds op het voorkomen van complicaties en uitbreiding van de vaatafwijking bij de patiënt met atherosclerose. Het zwaartepunt van de zorg voor de atherosclerosepatiënt is voor een belangrijk deel verschoven naar diagnostiek en behandeling van risicofactoren en naar screening op secundaire manifestaties van vaatlijden. Praktisch gezien zal de patiënt die met een vasculaire klacht of afwijking wordt verwezen naar de vaatchirurg worden geconfronteerd met primaire diagnostiek (gericht op de verwijsklacht) en met een vasculaire screening naar risicofactoren en secundaire manifestaties van de vaatziekte. Het blijkt dat een belangrijk percentage (tot 15 procent) van de patiënten met een eerste manifestatie van arterieel vaatlijden ook een (meestal asymptomatische) tweede uiting van atherosclerose hebben. Hiermee neemt de zwaarte en de complexiteit van de zorg voor de atherosclerose patiënt toe en wordt het noodzakelijk meerdere specialistische disciplines (cardiologie, nefrologie, neurologie, radiologie, vaatchirurgie, vasculaire geneeskunde, et cetera) en meerdere zorgdisciplines (naast medisch specialist ook verpleegkundige en de zogeheten nurse-practitioner of physician-assistant) in te zetten. Het is voor één discipline niet meer haalbaar om alle aspecten van arterieel vaatlijden te beheersen en op alle vlakken voldoende bij te blijven om volgens evidence based medicine te behandelen. Dit is een van de belangrijkste redenen dat de zorg voor de vasculaire patiënt een multidisciplinair karakter moet dragen. De CBO-consensus 'Diagnostiek en behandeling van arteriële claudicatio intermittens en het rapport van de Nederlandse Hartstichting', *Knelpunten in de zorg voor vaatpatiënten* pleiten sterk voor multidisciplinaire geïntegreerde zorg voor patiënten met vaatziekte. Dit is echter eenvoudiger gezegd dan verwezenlijkt. Het simpelweg geografisch bij elkaar vegen van sterk uiteenlopende specialismen is gedoemd om te mislukken. Ook zijn in het verleden experimenten gewaagd met een hybride vaatspecialist die alle vasculaire kennis en kunde van de verschillende disciplines in zich zou moeten hebben. Maar ook deze zijn jammerlijk mislukt. Niet alleen vanwege de complexiteit van het gehele vakgebied maar ook omdat een heel handige interventieradioloog vooral dat moet doen waarvoor hij is opgeleid en waarin hij goed is: interventies, en niet gaan uitleggen welke behandelingen er mogelijk zijn voor hypertensie. Het schoenmaker-blijf-bij-je-leest-principe.

Hoe moet het dan wel? Een multidisciplinair vaatcentrum hoeft niet per se één fysieke locatie te zijn. Het kan een virtueel vaatcentrum zijn, maar voorop staat de eenheid in behandeling. De betrokken disciplines moeten hun diagnostische en therapeutische protocollen exact op elkaar hebben afgestemd en regelmatig finetunen. De multidisciplinaire zorg voor de atherosclerosepatiënt bestaat uit een tweetrapsraket. De eerste trap heeft een grote capaciteit, is laagdrempelig en kan in alle ziekenhuizen of daarbuiten (bijvoorbeeld gezondheidscentra of privé-klinieken) worden uitgevoerd. Het betreft inventarisatie, behandeling en monitoring van risicofactoren en screening op andere manifestaties van atherosclerose. De tweede trap is meer specifiek en voornamelijk gericht op de primaire klacht en op de eventueel gevonden andere manifestaties. Het betreft maar een klein deel van alle vaatpatiënten dat complexe zorg nodig heeft (zoals interventie of operatie). Deze zorg wordt geboden door multidisciplinaire vaatcentra in een selectie van ziekenhuizen die vasculaire zorg tot speerpunt maken. Hierover later meer.

Samengevat hebben de technologische vooruitgang en de toenemende complexiteit van de zorg voor de vaatpatiënt ervoor gezorgd dat het vak vaatchirurgie niet meer in zijn volle breedte kan worden uitgevoerd door een algemeen chirurg. Dat doen algemeen chirurgen momenteel ook niet. Maar de vraag is natuurlijk wel of de algemeen chirurg tegenover u als vaatpatiënt alle theoretische en praktische bagage in huis heeft om voor u en uw vaatziekte te zorgen en of hij wel op het juiste moment doorverwijst. Denkt u dat u veel tijd krijgt om daar achter te komen?

Sommige collega's, en helaas vaak ook verpleegkundigen, zien in plaats van patiënten alleen namen op een lijst die afgewerkt moet worden. Zestig op een polimiddag; veel vaatpatiënten en vooral degenen die zich voor het eerst presenteren kunnen niet in drie minuten afgewerkt worden. Die hebben eerder twintig tot dertig minuten nodig voor een compleet consult over de aard van de ziekte, de kans op andere vaak asymptomatische manifestaties, de consequenties van de primaire afwijking en de verschillende behandelopties van expectatief, medicamenteus ondersteund, tot minder invasief of conventioneel open vaatchirurgisch, met de nodige technische details, alle relevante complicaties, bijwerkingen, opnameduur, hersteltijd en gevolgen voor de toekomst. Mensen, het kost al drie minuten om alleen maar op te noemen wat er besproken moet worden!

Nog erger is het soort chirurgen dat de patiënt alleen maar ziet als zak met geld: 'Aan welke industriegesponsorde studies kan ik deze AFS-stenose allemaal laten

meedoen?'; 'Welk stentje of plastic slangetje kan ik er in proppen?' Hup, weer een reisje naar een congres in New York verdiend en hup, weer een donatie in onze eigen 'Stichting ter bevordering van de vaatchirurgie'. Ja we hebben het hart op de juiste plek zitten, hoor!

Het is denk ik goed om eens een pas op de plaats te maken en te overzien waar we nou eigenlijk mee bezig zijn. Ik weet heus wel dat een liesbreukoperatie iets heel erg groots kan zijn, zeker voor een wat oudere patiënt, maar het is toch niet te vergelijken met wat er allemaal komt kijken bij bijvoorbeeld een aneurysma-operatie. Laat ik dat illustreren.

Terwijl ik dit schrijf ligt er een patiënt op onze afdeling die twee weken geleden een aneurysma-operatie onderging. Ik heb veel met mevrouw X. en haar familie gesproken want het was nogal een beslissing. Het betreft een 69-jarige vrouw bij wie bij analyse voor claudicatie een groot aneurysma van de aorta was gevonden. Mevrouw had eerder een hartinfarct gehad en een aantal bypasses op het hart. Ze rookte nog steeds en had een te hoog cholesterolgehalte. Bij CT-scan bleek het om een aneurysma te gaan dat hoog doorliep tot aan de nierslagaders. Daarbij bleek bij toeval dat haar linkernier mogelijk al jaren niet meer functioneerde en dat er een vernauwing zat in de rechternierslagader. Dit is het soort beslissing dat vaak genomen moet worden: het aneurysma heeft een kans op barsten van circa 10-15 procent per jaar; als het barst, dan bent u er – voor het gemak van de discussie - geweest. We kunnen een operatie doen en het zwakke gebied vervangen, maar de operatie heeft risico's: ernstige risico's zoals hartinfarct en overlijden (5 – 10 procent); meestal tijdelijk maar soms blijvend verlies van nierfunctie dus levenslange dialyse (5 –10 procent); een kleine kans (paar procent) op afsterven van een stuk dunne of dikke darm met veelal dodelijke afloop; en verder nog een paar minder ernstige maar toch heel vervelende complicaties zoals een nabloeding waarvoor een nieuwe operatie is, langdurige beademing op de IC en met achteruitgang van cognitieve functies als gevolg. Nou, zegt u het maar... 'Klop, klop, klop... Dokter, er zitten alweer drie patiënten te wachten!'. En dan heb ik nog niet eens een serie ernstige complicaties genoemd die gelukkig zo zeldzaam zijn dat ze in dit stadium beter niet genoemd kunnen worden, omdat de patiënt door de ernst de lage frequentie van het optreden ervan uit het oog kan verliezen en de beslissing niet meer durft te nemen. Maar als die complicaties toch optreden weet ik dat ik na de operatie met de patiënt of familie langdurige ge-

sprekken moet voeren en moet uitleggen waarom ik die complicatie niet genoemd had: herseninfarct, beenamputatie, dwarslaesie, elk niet meer dan 1 à 2 procent kans, maar toch! 'KLOP, KLOP, KLOP... Dokter, uw spreekuur loopt vreselijk uit!'. Weet u het al? Opereren of niet?

Ik heb mevrouw X. samen met haar familie een aantal keer op de polikliniek gezien, nog een nieuwe CT-scan gemaakt om precies de anatomische verhoudingen te weten, nog een keer door onze cardioloog laten beoordelen om het risico voor het hart beter in te schatten en op haar ingeprikt om het roken volledig te staken. En iedere keer weer die indringende gesprekken. Om een lang verhaal kort te maken, we hebben besloten de operatie uit te voeren. De procedure was technisch een succes maar binnen een dag moest ze opnieuw geopereerd worden vanwege een nabloeding. Ook dit kon eenvoudig worden hersteld, maar ze had veel bloed verloren en is een periode op de IC er erg slecht aan toe geweest. We zijn inmiddels twee weken verder, ze is op de afdeling, van de beademing af, ernstig verward, ze blijkt haar benen niet meer te kunnen bewegen, de enige rechternier bleek direct na de operatie niet meer te functioneren dus ze wordt gedialyseerd, ze heeft zojuist een darmbloeding gehad, ze heeft nog koorts en veel vocht achter de longen en waarschijnlijk een abces onder het middenrif. Ze zegt steeds dat ze niet meer wil, maar we brengen die opmerking voorlopig nog in verband met de verwardheid! Natuurlijk vraag ik me samen met familie op dit moment af of de beslissing juist is geweest en ik heb moeite genoeg om de dwarslaesie uit te leggen, maar oh, wat ben ik blij dat ik kan zeggen dat we het van tevoren allemaal goed hebben overwogen en dat de patiënt de beslissing uiteindelijk zelf heeft genomen. En wat voel ik me gezegend dat ik niet in een perifere setting werk, waar zuster Jansen mij op de polikliniek van patiënt tot patiënt drijft, teneinde om 17.00 uur klaar te zijn met zestig patiënten omdat dat nu eenmaal in mijn productieafspraken staat.

In Nederland wordt de vaatchirurgie op dit moment bedreven door chirurgen van verschillende pluimage: (1) chirurgen zonder speciale opleiding of ervaring in de vaatchirurgie; (2) chirurgen met de zogeheten vaatchirurgie binnen de opleiding heelkunde; (3) chirurgen met een niet-afgemaakte vervolgopleiding vaatchirurgie; (4) chirurgen met een adequate vasculaire vervolgopleiding of ervaring in een niet-geaccrediteerd centrum; (5) chirurgen met een gecompleteerde, geaccrediteerde, Nederlandse vervolgopleiding vaatchirurgie (CHIVO vaatchirurgie). En allemaal

kunnen ze zich kwalificeren voor het Europees Vasculair examen (EBSQ-Vasc) en dat diploma 'Fellow of the European Board of Vascular Surgery' inlijsten. Dat brengt het totaal aan kwalificatieniveaus op tien. Door wie zou u geopereerd willen worden? Dit is voor de patiënt en verwijzer een zeer onduidelijke situatie en biedt onvoldoende basis voor kwaliteitsgarantie. In mijn visie wordt in de komende vijf tot tien jaar een transitie bewerkstelligd waarin een deel van de chirurgen als vaatchirurg wordt gecertificeerd, welke vaatchirurgen dan ook het volledig volume vaatchirurgie in Nederland verzorgen. Daarbij wordt duidelijk omschreven welke vaatingrepen alleen door deze geaccrediteerde vaatchirurgen worden uitgevoerd en welke ook door algemeen chirurgen.

We ontkomen er echt niet meer aan voor een vaatchirurg vast te stellen hoeveel ingrepen hij per jaar moet doen om de accreditatie te verkrijgen of te behouden. En daarbij kunnen niet de spataderoperaties worden meegeteld. Deze ingreep is traditioneel wel onder de vleugels van de vaatchirurg terechtgekomen, maar een spataderoperatie heeft mijns inziens net zo veel met vaatchirurgie te maken als het opereren van aambeien: NIETS. Het zijn allebei opgezette aders en de vaatchirurg houdt zich bezig met slagaders. Ik zeg niet dat de vaatchirurg geen varices moet opereren, alleen dat het aantal van deze meestal eenvoudige ingrepen niet kan meetellen voor de kwalificatie vaatchirurg.

In de Verenigde Staten is het Leapfrog-consortium opgericht. Een initiatief van een aantal grote ziekenhuizen, verzekeraars en het bedrijfsleven. De simpele basisgedachte achter het Leapfrog-initiatief is dat al met meer dan honderd wetenschappelijke publicaties is aangetoond dat de resultaten van complexe operaties beter zijn indien ze zijn uitgevoerd door instituten en chirurgen met grote aantallen. Voor bypassoperaties op het hart is het minimum aantal dat een afdeling moet doen 450 en voor aneurysma-operaties meer dan 50. Als je aan die (en nog een paar andere criteria) voldoet mag je jezelf een Leapfrog-instituut noemen. U begrijpt wel dat wanneer u verzekeraar bent of patiënt de keuze tussen wel of geen Leapfrog-instituut eenvoudig is.

Naar schatting worden in Nederland circa 10 -12.000 arteriële vaatingrepen uitgevoerd (hoofdbestanddelen 1800 aneurysma aortae; 4000 perifere bypass; 1800 carotis desobstructies). Met krap 2000 aneurysma's kunnen we dus maar met 40 van de 100 ziekenhuizen aan de Leapfrog-criteria voldoen. Ik zeg niet dat wij het hier ook

zo moeten opzetten, maar het is wel een teken aan de wand. Want waarom zouden Nederlandse ziekenhuizen en chirurgen met minder aantallen wel de kwaliteit kunnen waarborgen?

Om voldoende aantallen te garanderen voor kwaliteitsbehoud zullen voor het Nederlands vaatchirurgisch volume niet meer dan circa 80 vaatchirurgen nodig zijn. Aangezien de meeste niet-academisch ziekenhuizen functioneren met 2 tot 3 vaatchirurgen zal de hele Nederlandse vaatchirurgie kunnen worden uitgevoerd in circa 20 grote perifere regionale ziekenhuizen (circa 50 vaatchirurgen) en 8 academische (circa 35 vaatchirurgen). In deze instituten kan dan meer dan 90 procent van de arteriële operaties in Nederland worden uitgevoerd. Alle circa 30 centra zullen in staat zijn de patiënt minder invasieve behandelingsmogelijkheden aan te bieden, maar een kleine minderheid van de (veelal - maar niet altijd - academische) ziekenhuizen zal zich profileren voor bijzondere vaatchirurgische operaties zoals thoraco-abdominale aneurysmata, glomustumoren, bijzondere nier- of mesenteriale reconstructies en niertransplantaties. Verregaande regionale samenwerking is een vereiste om deze structuur optimaal te laten functioneren, vooral in het licht van de acute vaatchirurgie.

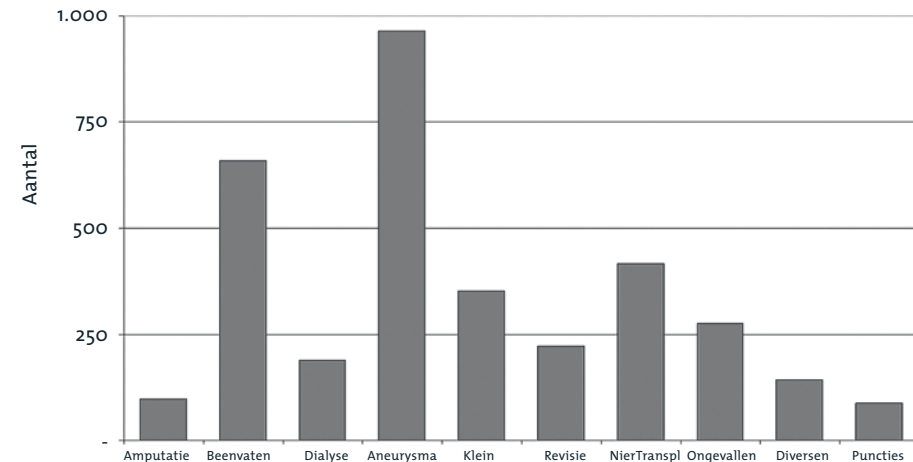
Een belangrijk tegenargument dat vaak wordt gebruikt is dat patiënten nu eenmaal graag naar het ziekenhuis om de hoek gaan. U weet hoeveel weerstand er altijd onder de lokale bevolking de kop opsteekt wanneer er plannen zijn een klein ziekenhuisje onder te brengen bij een grote buurman. In Engeland zijn er politici gesneuveld die daar te makkelijk overheen stapten. Ik zal mijn nek dus niet zo ver uitsteken, maar ik vraag me wel af waarom de mensen die zo nodig naar een chirurg om de hoek moeten voor hun aneurysma waarvan de chirurg (en niet te vergeten de anesthesist en het hele team dat zo'n ingreep verzorgt) er minder dan vijf per jaar doet, terwijl diezelfde patiënt bereid is van Nederpoort naar Amsterdam te reizen indien een jurkje daar een paar eurootjes goedkoper is. Zijn die mensen niet bereid om voor hun gezondheid te reizen? Nee, het komt omdat die mensen niet weten dat zij indien zij aan een buikaneurysma worden geopereerd in een laag-volume ziekenhuis (dat wil zeggen minder dan vijftig per jaar) 30 procent meer kans hebben om aan die operatie te overlijden.¹ En een belangrijk deel van dat effect is simpelweg terug te voeren naar het jaarlijks aantal operaties per chirurg.² Wist u dat?

Maar hoe zit het dan in de diensten waarin acute vaatchirurgie vereist is? De NVVV vroeg mij vorig jaar op de najaarsvergadering een voordracht te houden met als titel 'Hoe acuut is acute vaatchirurgie?'. Er zijn verschillende manieren om deze vraag te interpreteren, maar de belangrijkste is: moeten alle ziekenhuizen buiten kantooruren bereikbaar zijn voor acute vaatchirurgie? Om deze vraag te beantwoorden heb ik bij de landelijke medische registratie (LMR, Prismant) de getallen opgevraagd van de acute vasculaire ingrepen door de specialismen heelkunde en vaatchirurgie voor de jaren 2000, 2001 en 2002. Voor de medische registratie maakt Prismant alleen maar onderscheid tussen electief en niet-electief. Binnen de categorie niet-electieve patiënten zijn verschillende urgentieklassen vertegenwoordigd, van 'direct levensbedreigend' tot 'kan meer dan 24 uur wachten'. Ik heb in mijn berekening alleen rekening gehouden met ingrepen waarvoor de chirurg zijn bed uit moet, voor de kenners: de klasse A- en B-ingrepen. Ook is het belangrijk te weten dat het een verrichtingenregistratie betreft, wat inhoudt dat er meerdere ingrepen per acute patiënt mogelijk zijn. Het aantal operaties ligt meestal dicht bij het aantal opnames ongeveer 70 procent van het aantal verrichtingen. Daarnaast bestaat er in een dergelijke database altijd vervuiling, zoals 'acute spataderen', die ik er maar even uitgehaald heb.

De getallen van de vaatchirurgie vindt u in onderstaande tabel.

Benaderingen van verrichtingen en opnames voor 2002 (bron: Prismant/Cognos)	Verrichtingen	Opnames (klin. en dag)
Niet-electieve arteriële ingrepen	10.000	7.000
Electieve arteriële ingrepen	25.000	17.000
Ingrepen voor varices	24.000	21.000
Heelkunde, Algemeen en Vaatchirurgie	500.000	375.000
Interne (incl. Cardio, Longzkt. etc)		775.000

Van de 10.000 jaarlijkse niet-electieve arteriële ingrepen zijn er ongeveer 3500 operaties waarvoor de chirurg in de dienst moet aantreden. Aneurysma's en operaties aan de beenvaten blijken samen meer dan de helft te vertegenwoordigen (figuur 1).



Figuur 1 - Schatting Aantallen Acute Vasculaire Gevallen in NL (N=3413)
(gegevens: Prismant oktober 2003)

Waaruit bestaat nu de vaatchirurgische zorgverlening in Nederland die deze acute patiënten moeten opvangen? In Nederland zijn er 128 ziekenhuizen met chirurgen. Vijf hiervan zijn kindziekenhuizen, verder zijn er twee oncologische centra en één militair hospitaal. Derhalve zijn er 120 'gewone' ziekenhuizen. In onderstaande tabel vindt u een weergave van het soort ziekenhuis en hoeveel vaatchirurgen er per categorie werkzaam zijn.

Bron: Jaarboek NVVH 2003	ZH	Groepen (fusies)	Chirurg. staf	Chirurgen/groep			VC/groep	VC
				Min	Med	Max		
	N	N	N				Mean	N
Academisch	8	8	204	22	24	33	4,2	34
Opleiding	39	39	339	5	8	17	3,1	121
Niet-opleiding	73	59	320	3	5	13	2,1	124
SubTotaal	120	106	863					27
5 KZ, 2 OC, 1 MH	8	8	44	1	5	11		8
Totaal	128	114	907					

In het totaal zijn er naar schatting dus circa 278 chirurgen in Nederland werkzaam die in hun dienst vaatchirurgische patiënten zien. In onderstaande tabel vindt u een schatting (met spreiding) van het aantal patiënten dat per tijdseenheid aangeboden wordt met een acuut vasculair probleem.

	Schatting	Laag	Hoog
Klasse A/B cases per jaar	3413	2575	4735
- per week	66	50	91
- in kantooruren (50/week)	20	15	27
- in nacht & weekend	46	35	64
- per nacht (ma-do)	5	4	8
- per weekend(vr-zo)	24	18	34
- per weekenddag	9	7	13

Ervan uitgaande dat alle acht academische ziekenhuizen evenals alle 39 opleidings-ziekenhuizen een vaatchirurgisch dienstrooster hebben en naar schatting de helft van het aantal niet-opleidingsmaatschappen (59), dan komen we op een aantal van 76,5 vaatchirurg die op ieder moment buiten de kantooruren beschikbaar is voor acute vasculaire problematiek. Een eenvoudige berekening leert dat er derhalve in een gewone doordeweekse nachtdienst voor de vier tot acht acute vasculaire problemen die zich in heel Nederland aandienen, 76 vaatchirurgen met hun mobiele telefoon mede theaterbezoekers irriteren, geen whisky drinken en 's nachts met een half oog wakker liggen en dus paraat staan. Dat moet anders kunnen! Het ligt voor de hand om te streven naar regionalisatie en afspraken over verwijzingen van acute vaatpatiënt.

De Europese unie bestond tot voor kort uit vijftien landen. Per 1 mei zijn er tien landen/staten aangeschoven, maar in negen van de oorspronkelijke vijftien is vaatchirurgie een monospecialisme met een eigen opleiding. Nederland behoort met bijvoorbeeld Groot-Brittannië en Zweden tot de landen waar vaatchirurgie geen erkend zelfstandig specialisme is. Dat is historisch gegroeid, maar een reden om het tot op heden zo te laten is enerzijds dat er zo veel vaatpatiënten zijn dat de algemeen chirurg nodig wordt geacht om dat volume weg te werken en anderzijds men niemand de verworven rechten wil ontnemen om de vaatpatiënt te mogen opereren.

Het eerste argument kan deels ontkracht worden omdat er bij die berekeningen altijd de varicespatiënten worden meegenomen en die kunnen mijns inziens prima door de algemeen chirurg worden behandeld (daarmee wordt het aantal operaties dat door vaatchirurgen gedaan moet worden meteen al gehalveerd) en het tweede argument berust op de denkfout dat indien je vaatpatiënten op de polikliniek ziet je ze ook daadwerkelijk moet opereren. Dat is helemaal niet zo en de chirurgen in Nederland gaan daar al jaren heel volwassen mee om. Zij stuiten regelmatig op pathologie waarvan zij weten dat dat niet tot hun expertise behoort: slokdarmkanker, weke delen-tumoren, leveruitzaaiingen, thoracale aneurysma's. Die worden gewoon doorverwezen naar tertiaire verwijzingscentra. Het enige wat nodig is, is dat circa tweehonderd chirurgen die in Nederland nu ook vaatpatiënten zien, maar er veel te weinig opereren, ruimhartiger worden in het doorverwijzen.

Ik realiseer me nu, dat ik al drie keer heb gekraaid dat veel van mijn vaatchirurgische collega's te veel doen: te kleine aneurysma's, te snel naar het mes grijpen bij claudicatie en asymptomatische carotissen. Dan binden ze zich in, en dan kom ik met een accreditatiecommissie en dan roep ik: 'U doet te weinig!'. Ja het leven is niet eenvoudig.

We kunnen aan de voordeur van Nederland wel heel hard roepen dat alle chirurgen vaatchirurgie kunnen en dat maakt een monospecialisme ogenschijnlijk overbodig, maar aan de achterdeur, die wagenwijd is opengezet door Brussel, wandelen de vaatchirurgen zo ons land binnen. Zo is er in de nieuwe Directive voor 'Recognition of Professional Qualifications',³ door het Directorate of Internal Market of the EU Commission een 'new doctors' directive' opgenomen met als gevolg dat straks iemand die in Boedapest zijn vaatchirurgisch diploma haalt zich in Nederland kan vestigen en een bord in zijn tuin kan zetten waarop staat 'Vaatchirurg'. Niet 'Érsebész', wat op zijn diploma staat, maar VAATCHIRURG. Let op! Die officiële titel kunnen Nederlanders in Nederland niet halen! Zo is dat letterlijk in de Europese wet vastgelegd: hij mag zijn titel in de taal van het land van vestiging vertalen.

In de European Board of Vascular Surgery (een ander Europees Vaatchirurgisch bestuursorgaan) is dit probleem voorzien. Zo is er enkele jaren geleden een examen en een diploma gemaakt waar alle Europese chirurgen aan mee kunnen doen om zich Europees te kwalificeren als vaatchirurg. Als je het haalt word je (naar Amerikaans voorbeeld) 'Fellow of the European Board of Vascular Surgery'. Helaas is het

animo voor dit examen gering. Vaatchirurgen die al een nationaal vaatchirurgisch diploma hebben, hebben het niet nodig en chirurgen die dat niet hebben eigenlijk ook niet. Maar wat een prachtige kans laten we liggen als NVVV als we onze vervolgopleiding vaatchirurgie niet laten afsluiten met een gedegen praktisch, klinisch en wetenschappelijk examen!

Ik vind dat er een examen en een accreditatie (naar EBVS-model) voor endovasculaire interventies moet komen. Dat heeft nog niemand in de hele wereld, ook niet Amerika. Niet de vaatchirurgen, niet de interventieradiologen (die hebben niet eens een aparte opleiding of accreditatie voor interventies) en zeker niet de interventiecardiologen. En ik beloof u, het gaat er komen, het zit in mijn EBVS-portefeuille en omdat niemand het heeft is het waarschijnlijk veel eerder geadopteerd als Europese standaard. En reken maar dat de patiënten, de patiëntenverenigingen, de ziekenhuisdirecties, de verzekeraars en de subsidiegevers om dat briefje gaan vragen. En anders wel de letselschadeadvocaten als er iets is misgegaan. Dan hebben we het ineens weer over een heel ander betekenis van 'terecht'. De vaatchirurg terecht!

Mijnheer de rector, dames en heren. Ik ben aan het eind gekomen van mijn betoog. Ik heb voor u vanuit drie invalshoeken de titel van mijn rede onderbouwd. De vaatchirurgie is na een periode van onzekerheid over haar koers eindelijk terecht. De vaatchirurgie stond al veelvuldig terecht en moet dat blijven staan. Ik zal daar als geen ander voor vechten. De vaatchirurgie heeft voorwaar haar bestaansrecht.

Dankwoord

Dan is nu het moment aangebroken waarop ik enkele woorden van dank mag uitspreken. Helaas kan ik door de beperkte tijd op deze plaats niet iedereen persoonlijk bedanken. Ik maak dat later goed.

De leden van het college van bestuur van de Katholieke Universiteit Nijmegen en de leden van de raad van bestuur van het Universitair Medisch Centrum St Radboud wil ik bedanken voor het instellen van deze profileringleerstoel en het in mij gestelde vertrouwen. Ik beschouw het als een grote uitdaging de Radboud vaatchirurgie op de kaart te zetten.

Hooggeleerde Bleichrodt, beste Rob, jij wist me precies op tijd uit mijn benarde positie in het Utrechtse te bevrijden. Veel dank voor je perfecte timing, je geduld en

begrip voor mijn huidige persoonlijke situatie en vertrouwen in mij als hoofd vaatchirurgie. Ik kijk uit naar een enerverende periode.

Hooggeleerde Van Vroonhoven, beste Theo, je hebt me 'gespot' en in de opleiding heelkunde gelooft. In de afgelopen twintig jaar zijn er wel wat vinnigheden over en weer gegaan maar het respect is gebleven. Ik dank je voor de persoonlijke coaching die je me hebt gegeven en nog steeds geeft. Nog maar net in Nijmegen stuurde je me in verband met je pensioen een van je allermoeilijkste patiënten. Ik beschouw dat als een groot compliment en waardeer dat bijzonder.

Hooggeleerde Van Urk, beste Hero, als er iemand is geweest die me de vaatchirurgie heeft geleerd, dan ben jij het. Operatieve vaardigheden komen in vele vormen. Ik noem jou met trots mijn 'vaatchirurgische vader'. Je zult binnenkort met emeritaat gaan, maar ik ben er gerust op dat ons contact zal blijven.

Hooggeleerde Van der Werken, beste Chris, ook een vriend sinds mijn Tilburgse jaren. Mijn laatste periode in het UMC Utrecht was niet echt stimulerend, maar je hebt keihard voor me gevochten. Het gevecht tegen de bierkaai heeft me geleerd je volledig te vertrouwen.

Hooggeleerde Eikelboom, Bert, zonder jou had ik hier niet gestaan. In alle opzichten, leg het uit zo je wilt.

Zeergeleerde Dinkelman, beste Rolf, jij bent degene die me in het Zuiderziekenhuis enthousiast heeft gemaakt voor de vaatchirurgie. Wat een heerlijke tijd heb je me daar bezorgd: terima kasi!

Zeergeleerde Schultze Kool, Lenders, De Leeuw en Gehlman, beste Leo, Jacques, Frank Erik en Helmut. Hartelijk dank voor jullie samenwerking, steun en toewijding. Samen maken we iets prachtigs van het Vasculair Academisch Topcentrum.

Collega's vaatchirurgen Van der Vliet, Klemm en Buscher. Daan, Peter en Hessel, dank dat jullie mij onvoorwaardelijk in het team hebben opgenomen en dank voor jullie begrip voor mijn tijdrovende woon-werk-verkeer. Ik beschouw het als een voorrecht onze groep te mogen vertegenwoordigen. Daan, bedankt dat je de scherpe kantjes van mijn rede hebt afgeveild, anders had ik hier nu mogelijk al met rotte tomaten op mijn splinternieuwe toga gestaan.

Zeergeleerde Hoofwijk, beste Ton, je hebt me in Tilburg de weg gewezen tijdens mijn eerste schreden op het pad der chirurgie. Bedankt! Ook voor de vele nachtelijke uren waarin we samen hebben gewerkt aan ons grote project PATFILE. Sommige geluiden

kunnen bij mensen een hele belevingswereld triggeren: als ik een haan hoor kraaien denk ik iedere keer weer met veel plezier terug aan de kleine uurtjes achter de Mac op jouw zolderkamer aan de Korenbloemstraat.

Lieve pa en ma, wat vind ik het fijn dat jullie hier apetrots voor me zitten. Bedankt voor jullie niet aflatende steun en interesse. Bedankt dat jullie me, als ik het weer eens te hoog in mijn bol had, de relativiteit van zaken toonden. Vergeef me dat ik vandaag het 'doe-maar-gewoon-dan-doe-je-al-gek-genoeg-principe' even geweld aan heb moeten doen.

Ariane, het is anders gelopen dan we dachten. Ik dank je dat je me bent blijven respecteren, ondanks mijn fouten. Ik ben erg blij dat we 'on speaking terms' zijn en dat we het opvoeden van de meiden als hecht team en uitgebalanceerd hebben kunnen voortzetten. Ik vertrouw erop dat dat zo blijft.

Lieve schatten, Louise en Charlotte, supermeiden, wat is het fijn om jullie om me heen te hebben. Bedankt voor alle fijne uurtjes op de plofbank. Voor mij het heerlijkste moment van de dag! Jullie zullen vandaag het hele 'gebeurte' wel vreselijk saai hebben gevonden. Wel hoop ik dat jullie mijn spreekbeurt een 'ZG' of 'donkergroen' willen geven. Fijne vakantie zo dadelijk.

En tot slot: Monique, al bijna vijf jaar gaan we intensief en in vriendschap met elkaar om en sinds kort mag ik je mijn partner noemen. Het blijft voor mij een hele toer om alle balletjes in de lucht te houden, maar jou laat ik niet vallen. Dit is een mooie gelegenheid om je in het openbaar voor je onuitputtelijke hoeveelheid begrip, energie en vrolijkheid te bedanken. Sommige dromen komen echt uit!

Tenslotte wil ik u allen bedanken voor uw aanwezigheid en aandacht.

Vaatchirurgie terecht!

Ik heb gezegd.

Referenties

- 1 Birkmeyer JD, Siewers AE, Finlayson EV, Stukel TA, Lucas FL, Batista I, Welch HG, Wennberg DE. Hospital volume and surgical mortality in the United States. *N Engl J Med.* 2002;11;346(15):1128-37 Page: 19
- 2 Birkmeyer JD, Stukel TA, Siewers AE, Goodney PP, Wennberg DE, Lucas FL. Surgeon volume and operative mortality in the United States. *N Engl J Med.* 2003;27;349(22):2117-27
- 3 The new Doctors' Directive (Chap. III Sect 1, Art 20-21 and Sect. 2, Art 22-23-24 plus Annex V, point 5.1.4 – 25-26-27 and 28) in the *Recognition of Professional Qualifications COM (2002) 119*, by the Directorate of Internal Market of the EU Commission

