

# Zonder tong geen leven: een hoofdhalszaak!

INAUGURELE REDE DOOR PROF. DR. THIJS M.A.W. MERKX

Radboud Universiteit Nijmegen



## INAUGURELE REDE

PROF. DR. THIJS M.A.W. MERKX



De tong vormt een essentieel deel van ons lichaam. Behalve als smaakzintuig wordt dit spierlichaam gebruikt bij praten, zuigen, eten, drinken, slikken en zoenen. Het goed functioneren van de tong draagt bij aan de kwaliteit van leven.

Die kwaliteit van leven staat dan ook centraal bij de behandeling van patiënten

met een tumor in het hoofdhalsg gebied. In zijn oratie als hoogleraar Mond-, kaak- en aangezichtsoncologie en Orale Geneeskunde gaat Thijs Merckx hier uitgebreid op in. Door vergrijzing en veranderende rook- en drinkgewoontes komen tumoren in het mond-, kaak-, en aangezichtsgebied steeds vaker voor. Bij het bepalen van de beste behandeling houden artsen rekening met de gevolgen van die behandeling voor het uiterlijk en de functies. Zo is een totale tongamputatie geen behandeloptie, omdat dit geen kwaliteit van leven geeft. Merckx bepleit meer aandacht in de opleiding van tandartsen en huisartsen voor het herkennen van symptomen die kunnen wijzen op tumoren. Immers, hoe vroeger de behandeling, hoe minder ingrijpend de gevolgen voor de patiënt. Daarnaast dienen technieken ontwikkeld te worden om aangetaste weefsels in het hoofdhalsg gebied zo goed mogelijk te kunnen herstellen.

Prof. dr. Thijs Merckx (Nijmegen, 1959) studeerde tandheelkunde in Antwerpen en Groningen, en geneeskunde in Groningen. Sinds 2001 is hij universitair hoofddocent aan de Faculteit der Medische Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen, met als aandachtsgebied kaakchirurgische oncologie. Hij is opleider voor Kaakchirurgen In Vervolgopleiding voor Oncologie (kivo). Vanaf 2005 is hij chef de clinique van de afdeling Mond-, kaak- en aangezichts-chirurgie. Zijn onderzoek is gericht op vroege detectie van (pre)maligne slijmvliefsafwijkingen en reconstructieve chirurgie bij patiënten met oncologische aandoeningen in mond, kaak en aangezicht.

ZONDER TONG GEEN LEVEN: EEN HOOFDHALSZAAK!



## **Zonder tong geen leven: een hoofdhalszaak!**

*Rede in verkorte vorm uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Mond-, kaak- en aangezichtsoncologie en Orale Geneeskunde aan het UMC St Radboud van de Radboud Universiteit Nijmegen op vrijdag 19 december 2008*

**door prof. dr. Thijs M.A.W. Merkx**

Vormgeving en opmaak: Nies en Partners bno, Nijmegen  
Fotografie omslag: Bert Beelen  
Drukwerk: Thieme MediaCenter Nijmegen

ISBN 978-90-9024011-4

© Prof. dr. Thijs M.A.W. Merkk, Nijmegen, 2009

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

*Meneer de rector magnificus, dames en heren.*

#### INLEIDING

Heeft u wel eens op de tong gebeten? Of uw tong verbrand? Pas op het moment dat je tong pijn doet, besef je hoe belangrijk dit deel van het lichaam is. De tong wordt gebruikt bij praten, zuigen, eten, drinken, slikken, proeven en zoenen. En is dus van vitaal belang! Van Dale had ook een tong. Pratend over 'tongen' dacht hij niet primair aan een romantisch tafereeltje of aan een volle viskraam. Hij dacht daarbij aan het belangrijke stuk weefsel in zijn mond. Hij beschreef het ding als volgt: 'De tong is een licht gewelfd, met slijmvlies overtrokken, zeer beweeglijk spierlichaam, dat van achteren vastzit aan het tongbeen. Aan de voorzijde is het gefixeerd aan de kaak en rust op de mondbodem.'

Dat hij even over zijn formulering moest nadenken, is niet vreemd. De tong heeft een bijzondere anatomie met een dubbelzijdige zenuwvoorziening voor zowel de sensibiliteit als motoriek en met daarnaast een bilaterale, rijkelijke bloedvatvoorziening. De uitroep 'de tong is afgescheurd' heeft op een EHBO-afdeling een geheel andere impact dan aan de toonbank van een schoenmakerij.

De mediaanlijn van de tong is een soort 'waterscheiding'. Dit anatomisch gegeven maakt het mogelijk piercings exact in de mediaanlijn van de tong te plaatsen zonder plaatselijke verdoving. Dit geldt ook voor een tongplitsing waarna beide tonghelften onafhankelijk van elkaar kunnen bewegen. Tegenwoordig is het zelfs een noviteit om de tong te laten tatoeëren. De tong is dus niet alleen een functioneel lichaamsdeel, maar kennelijk ook om te versieren. Handig, maar daar lees je weer niets over in 'De Dikke'.

De tong had in de oudheid ook symbolische waarden. Gold het uitsteken van de tong bij de oude Egyptenaren als een echt begroetingsteken, in het middeleeuwse christendom werd de uitgestoken vlezige tong vereenzelvigd met de satan. Tongen van martelaren werden vaak afgehakt. Staat een dubbele tong voor een leugenachtig of dronken iemand, dan roept een gespleten tong de associatie op met een giftige slang<sup>1</sup>.

De tong is ten eerste een zintuig. Zeer gevoelig voor smaak en temperatuur en nauw samenwerkend met de reuk. Alleen al bij het ruiken van een heerlijk gerecht kan het water je in de mond lopen. Zo beleef je de sensatie om een lekkernij al te proeven, voordat ze je tong gestreeld heeft. De tweeduizend smaakpapillen met hun ongeveer vijftig smaakknoppen, voornamelijk verspreid over de bovenzijde en de zijkant van de tong, hebben een grote, levenslang aanwezige regeneratiepotentie. Ze zijn dus, in tegenstelling tot bijvoorbeeld gehoor, gezichtsvermogen en evenwicht, niet onderhevig aan degeneratie als gevolg van het ouder worden<sup>2</sup>. Daarom smaakt ook op tachtigjarige leeftijd dat glaasje wijn nog steeds zo goed!

De tong is ook een zeer krachtige spier. Een soort keukenmachine die voedsel platdrukt tegen tanden en gehemelte, door de mond roert en het ten slotte naar achteren brengt om de slikactie in gang te zetten. Met articuleren hebben de tongpunt en de

tongrug een verschillende, maar zeer subtiële functie waarmee eigen en vreemde tongen gesproken kunnen worden.

De tongspieren zijn na de hartspieren de meest gebruikte spiergroep van het lichaam. Ik besef dat ik gedurende de drie kwartier die mij hier gegund zijn, mijn tongspieren meer zal gebruiken dan mijn hartspieren. Tenzij ik mijn tong achter mijn tanden houd. Maar daarvoor bent u niet hier gekomen. Ik zal u met het hart op de tong vertellen wat op het puntje van mijn tong ligt. Over wat de hoofdzaken, de halszaken en dus de hoofdhalzaken zijn van mijn leeropdracht. Als dat de tongen niet losmaakt...

Als clinicus practicus, docent en ook nog onderzoeker wil ik laten zien wat de leerstoel Mond-, kaak-, en aangezichtsoncologie en Orale Geneeskunde, voor mij inhoudt. Dat doe ik aan de hand van de primaire taken binnen de academische muren, te weten patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek.

Enkele weken geleden heeft onze afdeling een bedrijfsplan gepresenteerd met drie pijlers, te weten Dento-alveolaire Chirurgie en Implantologie, Orthognatische en Aangezichtschirurgie en Orale Geneeskunde, Oncologie en Reconstructieve Chirurgie. Onder de eerste pijler valt de mond-, kaak- en aangezichtschirurgie (MKA) die bij u allemaal bekend is door minder prettige ervaringen als het trekken van de 'verstandskies', verwijderen van wortelpuntontstekingen of het plaatsen van implantaten. Binnen de tweede pijler worden patiënten behandeld met aangeboren groei- en ontwikkelingsstoornissen zoals lip-, kaak- en gehemeltepletten, schedelafwijkingen, standsafwijkingen van de kaken en de esthetische chirurgie. De derde pijler is mijn aandachtsgebied en zal ik u uitleggen.

#### PATIËNTENZORG

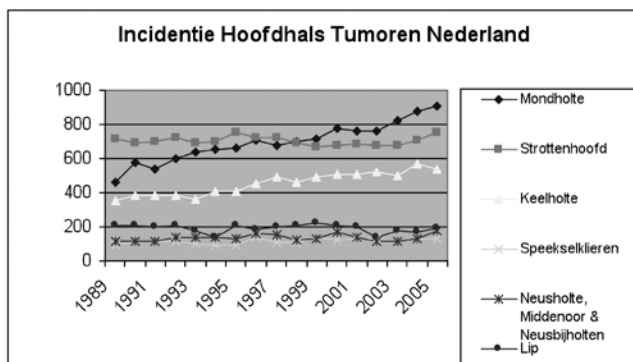
##### *Epidemiologie*

Hoe ziet de patiëntenpopulatie eruit met potentieel kwaadaardige afwijkingen in en rondom de mond? Waar moet de huisarts of tandarts op letten? Per jaar wordt in Nederland bij ongeveer 2.700 nieuwe patiënten een maligne tumor in het hoofdhalzgebied ontdekt. Hiertoe rekenen we de tumoren die uitgaan van de slijmvliezen van de bovenste ademhalings- en voedingsweg en tumoren die uitgaan van de grote en kleine speekselklieren, het aangezichtsskelet en de bedekkende weke delen ofwel de huid. Dus ook de kwaadaardige afwijkingen van de mond- en keelholte en de omgevende structuren.

Bij ongeveer 80 procent betreft het een plaveiselcelcarcinoom uitgaande van de slijmvliezen, bij 10 procent een tumor van de speekselklieren en bij 10 procent een ander tumortype. Plaveiselcelcarcinomen worden vooral boven het veertigste levensjaar gediagnosticeerd en vaker bij mannen dan bij vrouwen.

Het aantal nieuwe patiënten met een hoofdhalstumor laat de laatste decennia een jaarlijkse stijging zien van 3 tot 5 procent:





Het toenemende aantal carcinomen van de mond- en keelholte is daar de belangrijkste oorzaak van. In de afgelopen twintig jaar is bijvoorbeeld het aantal mondholtecarcinomen dramatisch gestegen en bijna verdubbeld van 464 in 1989 tot 904 in 2005. De indruk bestaat

dat deze groei de komende jaren niet zal stoppen. En dat merken we in de dagelijkse praktijk. Het aantal nieuwe gevallen per 100.000 inwoners steeg in de genoemde jaren van 3,1 tot 5,6, voornamelijk door de late effecten van roken en drinken in combinatie met de vergrijzing. De incidentie van mondholtetumor komt bijvoorbeeld overeen met die van hersentumoren.

De incidentie van hoofdhalstumoren in Nederland en de stijging van met name het mondholte- en orofarynxcarcinoom is in vergelijking met andere landen in Europa gemiddeld tot laag. Dit wordt vooral veroorzaakt door regionale verschillen in roken en drinken. Het mondholtecarcinoom komt bijvoorbeeld in Frankrijk en Italië vaker voor dan in Noord-Europa. Dat kan iets met dat eerder genoemde glaasje wijn te maken hebben. Bij vrouwen zijn de verschillen tussen de diverse Europese landen geringer.

In bepaalde Aziatische landen ligt de frequentie nog hoger. Wereldwijd vormt het mondholtecarcinoom de achtste meest voorkomende tumorsoort. In India komt het plaveiselcelcarcinoom bij mannen van alle kwaadaardige tumoren zelfs het vaakst voor<sup>3</sup>. Vaker dus dan long-, dikke darm- of prostaatkanker. Zelfs bij vrouwen is dit daar één van de belangrijkste tumorsoorten. In negentig procent van deze kankers ligt de oorzaak bij het pruimen van bladeren van de betelnoot. Een vorm van chronische chemische beschadiging.

Iedere rode of roodwitte slijmvliesafwijking in de mond bij een hoogrisicopatiënt die binnen twee tot drie weken geen neiging tot genezing vertoont, dient als verdacht te worden beschouwd<sup>4</sup>. De gemiddelde vijfjaarsoverleving is 50 tot 55 procent en afhankelijk van de locatie, tumorgrootte, al dan niet aanwezig zijn van metastasen en dus het stadium waarin de tumor zich bevindt. De afgelopen jaren is een beperkte vooruitgang in overleving geboekt. Een zo vroeg mogelijke herkenning geeft echter nog steeds de beste kans op een succesvolle behandeling en de daarmee gerelateerde ziektevirje morbiditeit<sup>5</sup>.

### *Screening*

Huisartsen, tandartsen of collega-specialisten in een regionaal ziekenhuis verwijzen patiënten met het vermoeden van of een reeds bewezen maligniteit in het hoofdhalsg gebied door naar een hoofdhalscentrum. Samen met collega Van den Hoogen van de afdeling kNO-heelkunde heb ik enkele jaren geleden een logistiek traject opgezet, waarin we alle mogelijke facetten van de tumor en algemeen lichamelijke conditie razendsnel op een rij zetten, zodat we de patiënt aan het einde van de screeningsweek een totaal behandelplan kunnen aanbieden. Aan het eind van de screeningsweek vindt multidisciplinair overleg plaats. Alle bij de hoofdhalsoncologie betrokken specialisten zitten elke donderdag van 11.30-14.00 rond de tafel. Eén uur van deze bespreking is gereserveerd voor overleg met onze satellietwerkgroep in het Ziekenhuis Rijnstate te Arnhem. Via teleconferencing bespreken we over en weer onze patiënten. Hier nemen we beslissingen over de behandelmogelijkheden, daarbij rekening houdend met de kwaliteit en kwantiteit van leven. Wat moet er? Wat kan er? Moet alles wat kan? En kan alles wat moet?

Chirurgie, al dan niet gevolgd door radiotherapie, is de eerste keus voor behandeling van het mondholtecarcinoom. Voor een keelholtetumor is dat radiotherapie, al dan niet in combinatie met chemotherapie. Deze therapiekeuzes zijn vastgelegd in wetenschappelijk onderbouwde landelijke richtlijnen<sup>6</sup>. De kwaliteit van het leven na een oncologische behandeling, voor een hoofdhalstumor in het algemeen en een mondholte- en keeltumor in het bijzonder, wordt niet alleen bepaald door het uiterlijk van de patiënt. Ook het herstel van mimiek en functies zoals het kunnen lachen, articuleren, eten, drinken, slikken en proeven, speelt een belangrijke rol. Daarom vormen niet alleen de directe ablatieve behandeling, maar ook de reconstructieve mogelijkheden een essentieel onderdeel van onze overwegingen. Een totale tongamputatie bijvoorbeeld is geen behandeloptie, omdat dit geen kwaliteit van leven geeft. De tong kan immers niet adequaat gereconstrueerd worden. Eind juli 2003 werd melding gemaakt van een zogenaamd heroïsch medisch feit. In Wenen was de eerste tongtransplantatie uitgevoerd. Ik kan u uit betrouwbare bron melden dat dit ook meteen de laatste is geweest. In de wetenschappelijke literatuur staan deze of andere gevallen nooit vermeld. Bloedvaten kunnen worden aangesloten en spieren worden vastgehecht, maar zenuwen zijn onvervangbaar. Dus daarom moet minimaal één motorische zenuw en het liefst ook één sensibele zenuw na ablatie intact blijven. De tong functioneert dankzij het gedeelte dat intact blijft. De getransplanteerde tong in Wenen heeft nooit gefunctioneerd! De patiënt was ernstig geïnvaleerd.

### *Multidisciplinaire bespreekmodule elektronisch patiëntendossier*

De afgelopen jaren heb ik mij, samen met de heren Van Wolferen en Kamman, intensief mogen bezig houden met het ontwikkelen van een multidisciplinaire bespreekmodule binnen het ziekenhuisbrede elektronisch patiëntendossier (EPD). Deze module heeft

als doel patiëntbesprekingen te faciliteren door alle medische gegevens overzichtelijk beschikbaar te hebben. Sinds 1 mei 2007 voeren we de besprekingen van onze hoofdhalswerkgroep met deze module.

Nu deze module per 1 januari 2009 voor bijna alle multidisciplinaire oncologische werkgroepen binnen het UMC St Radboud beschikbaar is, kan ik u deelgenoot maken van enige ervaringen binnen onze hoofdhalswerkgroep. In juni van dit jaar heeft een masterstudente van de Universiteit Twente, mevrouw Klarenbeek onder andere onder mijn leiding de waarde van het EPD voor een multidisciplinaire bespreking geïnventariseerd met observaties en interviews.

De meeste Nederlandse ziekenhuizen ontwikkelen of kopen een EPD. Recentelijk ontving u een brief van onze minister van vws waarin u bezwaar kon maken tegen het opslaan van uw medische gegevens in een landelijke database. Het doel van een landelijk EPD is om medische informatie onmiddellijk bereikbaar te maken voor behandelaars regionaal en nationaal, om mogelijke vergissingen uit te sluiten en dus zo gezamenlijk betere zorg te kunnen leveren.

Wat is nu de waarde van onze bespreekmodule op de te leveren of de geleverde zorg? Dat is moeilijk in maat en getal uit te drukken. Dankzij de informatie in het EPD zijn in ieder geval onze werkgroepbijeenkomsten een stuk efficiënter geworden. De gemiddelde bespreektijd per patiënt is bijvoorbeeld van 5,5 naar 4,5 minuut gedaald. Met een gemiddeld aantal van 25 tot 30 te bespreken patiënten per week scheelt dat een half uur dure tijd. Patiënten worden ook conclusiever besproken. De herhalingsfactor is per patiënt gedaald van 2,8 in 2006 naar 2,4 in 2008.

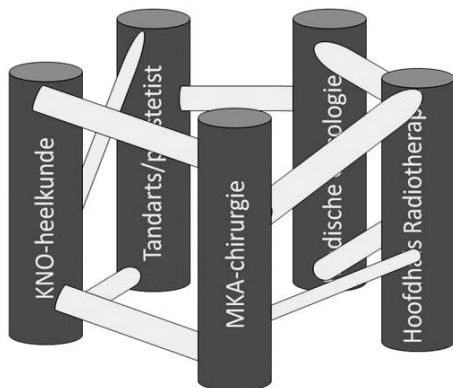
De introductie van de bespreekmodule betekende ook een verandering in de werkprocessen van de ondersteunende oncologieverpleegkundigen. De voorbereiding van de bijeenkomst is minder gecompliceerd. Het neemt minder tijd in beslag om de benodigde informatie te verzamelen en te controleren. De verpleegkundigen zijn meer betrokken bij de bijeenkomst door hun nieuwe rol als bestuurders van het EPD en niet langer als gegevensverzamelaar. Zij bedienen nu de muis van de computer, zodat de juiste beelden op het juiste moment op het scherm verschijnen. Zij faciliteren op deze manier de discussie. Dit betekent een efficiëntieslag, daar vele dokters blijkbaar niet twee dingen tegelijk kunnen. Nou zijn de bij de werkgroep hoofdhalstumoren betrokken specialisten bijna allemaal mannen, maar toch! De echte vraag lijkt dus niet te gaan over de waarde van het bestaan van een EPD, aangezien het dossier nog steeds hetzelfde is. Alleen de vorm en de locatie zijn veranderd. Het feit dus dat alle informatie gebruikt kán worden indien nodig; dat is de extra waarde.

#### *Van werkgroep naar centrum?*

Er zijn twee polikliniek ingangen: de MKA-chirurgie en de KNO-heelkunde. Dat is eigenlijk vreemd. We spreken toch ook niet meer over KNO-oncologie of MKA-oncologie maar over hoofdhalsoncologie? Is het dan niet reëel om ook eens te spreken over één centrum

hoofdhalsoncologie? Op dit moment zijn er twee gescheiden, zeer goed op elkaar afgestemde ketens. ‘Best Practice’ worden ze genoemd. Kan dit dan toch niet inhoudelijk beter voor de patiënt georganiseerd worden?

In tijden van ‘klantgericht denken’ wil ik u deelgenoot maken van wat mij samen met de afdeling KNO-heelkunde in de toekomst voor ogen staat vanuit een discipline-overstijgende visie: één hoofdhalspolikliniek, waarbij de chirurgisch geschoolde hoofdhals oncoloog samen met de hoofdhalsradiotherapeut, de medisch oncoloog en de tandarts-prothetist, vanuit dezelfde poliklinische setting ieder met zijn eigen expertise de patiënten ontvangen en door het diagnostisch traject loodsen. De onderstaande figuur brengt dat in beeld:



Het grote voordeel is een kwaliteitsverbetering voor de patiënt. De patiënt rouleert minder door het ziekenhuis, omdat bijna alle afspraken op één locatie kunnen plaatsvinden. Daarnaast maken we efficiënter gebruik van materiaal, middelen en tijd. Dat geldt ook voor oncologisch geschoolde verpleging en belangrijke ondersteunende disciplines zoals mondhygiëne, diëtetiek, logopedie en fysiotherapie. Verder betekent dit een betere waarborg voor continuïteit en kwaliteit. Ook is de keten op deze wijze minder kwetsbaar.

De nieuwe poliklinische locatie dient geschikt te worden gemaakt voor meer specialismen met elk hun eigen, vaak eigenwijze, manier van werken. Daar is wel een investering voor nodig. En dan heb ik het niet alleen over geld. We moeten bereid zijn over onze heilige muren heen te kijken en gastvrij te zijn voor aanpalende specialismen zoals de dermatologie, plastische chirurgie en algemene heelkunde. Die zijn met hun maligniteiten in het hoofdhalsgebied op dit moment niet goed gepositioneerd binnen onze werkgroep. Een carcinoom anders dan een basaalcelcarcinoom in het gezicht is in mijn ogen aangezichtsoncologie en hoort dus thuis in een dergelijk centrum. Dit is dan tevens de synergie tussen ons aangezichtscentrum en het hoofdhalscentrum.

Uiteindelijk resulteert dit in een structuur waar collegae met diverse achtergronden stimulerend in dienst van de hoofdhalsoncologie werken. Ondanks een sterke persoonlijke verantwoordelijkheid van de deelnemende disciplines krijgt het belang van het centrum daarbij uiteindelijk prioriteit boven de deelbelangen van de participerende afdelingen.

Door de inbreng van kennis van en technieken voor reconstructies in het hoofdhalsgebied met oog voor vorm en functie is de MKA-oncoloog onmisbaar binnen een dergelijk centrum.

Collega Bergé zei het in zijn oratie twee jaren geleden als volgt<sup>7</sup>: ‘Wie geen verstand heeft van occlusie, is niet in staat een kaak optimaal functioneel te reconstrueren. Wie de combinatie van weke-delen- en de botchirurgie in het gezicht niet beheerst, implanteert en reconstrueert daar waar het niet nodig is. En wie geen aandacht heeft voor de prothetische rehabilitatie, kan een oncologisch verkregen defect onmogelijk functioneel reconstrueren.’ Een werkgroep zonder oncologisch geschoold MKA-chirurg is in mijn ogen geen centrum. Hetzelfde geldt voor een zichzelf hoofdhalswerkgroep noemende unit waarbij geen hoofdhalsgeschoolde KNO-arts, radiotherapeut, medisch oncoloog of maxillofaciaal prothetist participeert. Juist de inbreng en de balans van de verschillende disciplines in één werkgroep maken de kwaliteit.

Soms zijn reconstructieve chirurgische ingrepen complex en tijdrovend. Gemiddeld neemt een ablatieve en uitgebreide reconstructieve ingreep met weefseltransplantatie tien tot twaalf uur in beslag. Dit vraagt veel voorbereiding en nazorg. De hele keten moet goed op elkaar afgestemd zijn. Binnen de marges van personeelskrapte en patiënten-aanbod is het niet altijd eenvoudig om iedere patiënt binnen de gestelde richttijden te behandelen. Binnen de Nederlandse werkgroep van hoofdhalstumoren (NWHHT) is een wetenschappelijk onderbouwde richtlijn over wacht- en doorlooptijden. In principe dient de behandeling gestart te zijn binnen zes weken na binnenkomst in een hoofdhalscentrum. Dit lukte binnen ons afdeling in de eerste zes maanden van dit jaar voor slechts 82 procent. Dus één op de vijf patiënten moest helaas langer wachten. We lopen tegen onze grenzen aan. Door de toegenomen incidentie eisen we een groter deel dan de ons toegewezen operatiekamertijd op voor de oncologie. En het probleem is natuurlijk dat deze patiënten zich nooit netjes na elkaar, maar het liefst allemaal tegelijkertijd aandienen. Dit vraagt dus ook om flexibiliteit van organisatie en personeel, ondanks personeelskrapte op de verschillende onmisbare schakels. Het managementteam van het OK-bedrijf heeft ons de afgelopen jaren enorm geholpen door extra behandelings-tijd, soms ad hoc, toe te wijzen. Ook de verpleegkundigen hebben zich maximaal ingezet om deze patiënten met zorg te behandelen en weer op de been te helpen. Ik ben hen, mede namens onze patiënten, daar dankbaar voor. Maar dit probleem dient structureel te worden opgelost met uitbreiding van de capaciteit in alle geledingen, zowel klinisch als poliklinisch. Initiatieven hiertoe zijn reeds genomen. Ik zie de uitkomst met vertrouwen tegemoet.

#### *Follow-up*

Wanneer de patiënt zijn oncologische behandeling heeft afgerond, begint een langdurig traject van controle, revalidatie en rehabilitatie. Gedurende een periode van vijf jaar wordt de patiënt in een afnemende frequentie intensief gecontroleerd. Follow-up

heeft een tweeledig doel. De hoofddoelstelling is vroege detectie van recidief of residu tumorgroei om de patiënt een snelle, eventueel nog curatieve behandeling te kunnen aanbieden. Secundair, maar zeker niet minder belangrijk, is de psychologische en lichamelijke ondersteuning bij patiënten met functionele handicaps en cosmetische problemen. Deze psychosociale begeleiding ervaart de patiënt zelf in ieder geval als belangrijker. En de dokter is daarbij zeker niet altijd de belangrijkste persoon. De rol van een oncologisch geschoold verpleegkundige blijkt hierbij van cruciaal belang te zijn. Met de collegae Marres van de afdeling kNO-heelkunde, Van Achterberg van de afdeling Verplegingswetenschappen en Prins van de afdeling Klinische psychologie is een onderzoek opgezet om deze psychosociale aspecten van de hoofdhalsoncologische behandeling beter in kaart te brengen, gecentreerd rond het thema 'kwaliteit van leven'.

Het hoofdhalsg gebied is een deel van het lichaam dat in onze maatschappij niet makkelijk bedekt wordt door een kledingstuk. De patiënt kan zich ernstig belemmerd voelen in zijn sociaal functioneren. Als behandelaars kunnen wij patiënten goed voorbereiden op de behandeling en de directe impact. We zijn echter nog slecht in staat om patiënten voor te bereiden op een veranderde leefstijl en de impact op leefgewoontes.

Voor de revalidatie heeft onder meer het dieet mijn speciale aandacht en dan niet alleen vanuit gastronomisch oogpunt. Onze patiënten blijken na de behandeling zeer gevoelig te zijn voor ondervoeding. Ondersteunende sondevoeding is dikwijls noodzakelijk. Op de menukaart staat in de eerste periode hoogstens 'soep, pap, vla, appelmoes en wat toe'! Het blijkt dat juist bij deze groep preventieve dieetondersteuning kan helpen ondervoeding te voorkomen. Daarmee moet minimaal doorgedaan worden, totdat na de behandeling heel voorzichtig weer een vers gebakken tongetje op de menukaart kan. Maar over de exacte indicatiestelling van voedingondersteunende maatregelen is relatief nog weinig bekend. De patiëntenvereniging Klankbord heeft hier een helpende hand geboden door een kookboek met een aangepaste menukaart uit te geven<sup>8</sup>. Onze patiënten maken daar dankbaar gebruik van.

Ook preventie en behandeling van late gevolgen van een oncologische behandeling verdient aandacht in relatie tot de kwaliteit van leven, zoals prothetische rehabilitatie en hyperbare zuurstoftherapie. Zestig procent van onze patiënten zijn reeds of worden door de oncologische behandeling uiteindelijk tandeloos. In de huidige maatschappij is dat niet meer acceptabel. Oplossingen voor gecompromitteerde mondfunctie met tandheelkundige implantologie hebben consequenties voor de planning. Primaire dentale implantologie in vooral de onderkaak tijdens ablatieve chirurgie geeft bijvoorbeeld een spoediger functieherstel dan secundair. Uit eigen onderzoek blijkt dat na primaire implantologie de patiënt zeven maanden na de oncologische behandeling een nieuw gebit kan dragen, terwijl dat bij secundaire implantologie pas na 27 maanden het geval is. Een multicentrisch prospectief onderzoek heb ik reeds met collega Meijer vanuit onze afdeling en het Tandheelkundig Expertise Centrum Implantologie en collega Koole van het umc te Utrecht gestart om dit thema verder uit te diepen.

Vooral door een bestralingsbehandeling kan een droge mond en necrose van het bot van de onderkaak optreden. In een pilotstudie vanuit onze afdeling is gesuggereerd dat hyperbare zuurstof (HBO)-therapie een verbetering van de kwaliteit van leven zou kunnen geven, daar het klachten van een droge mond kan verminderen<sup>9</sup>. Ook versnelt het de wondgenezing. Hyperbare zuurstoftherapie in combinatie met het verwijderen van het dode bot is een behandeling die Marx reeds in 1983 heeft gepropageerd<sup>10</sup>. Honderd procent wetenschappelijke onderbouwing is echter nooit verkregen. Collega Dieleman zet vanuit onze afdeling een landelijke prospectieve studie binnen het verband van de NWHHT om de waarde van de HBO-therapie nu eens duidelijk vast te stellen. Dus genoeg nog om te bewijzen!

#### ONDERWIJS

De positie van de tandarts in het Nederlandse zorgstelsel verandert vandaag de dag<sup>11</sup>. Door de vergrijzing van de bevolking en het langer behoud van het eigen gebit zal de tandarts meer geconfronteerd gaan worden met medisch gecompromitteerde patiënten en complexere problematiek. De tandarts van de toekomst is de student van vandaag. Daarom dient die student toegerust te worden met kennis, vaardigheden en attitudes die noodzakelijk zijn voor het analyseren en begrijpen van medische problematiek waarmee hij straks te maken krijgt en het adequaat handelen daarbij. Als verantwoordelijke voor de medische inhoud van het tandheelkundig curriculum zie ik, samen met collega Creugers, opleidingsdirecteur tandheelkunde, een grote uitdaging om de tandarts van de toekomst voor te bereiden op deze veranderende zorgvraag.

Het onderwijs aan de tandheelkundestudenten besteedt ook uitgebreid aandacht aan afwijkingen in en rondom de mond. De student leert in zowel het theoretisch als praktisch onderwijs afwijkingen te herkennen en van elkaar te onderscheiden. Bij het thema 'de mond is meer dan een holte alleen' wordt aandacht besteed aan de periorale structuren, zoals de huid en onderliggende weefsels zoals kaakgewricht en speekselklieren.

Recentelijk is een klinische praktijkrichtlijn voor periodiek mondonderzoek verschenen<sup>12</sup>. Hierin staat: 'De mondzorgverlener bevindt zich in de ideale positie om de mondslijmvliezen van de regelmatige bezoekers te onderzoeken op atypische afwijkingen. Het systematisch onderzoek van de mondslijmvliezen in combinatie met informatie over de medische en sociale historie dient daarom een integraal onderdeel te zijn van het periodiek mondonderzoek.'

In mijn ogen is deze taakomschrijving te beperkt en past daarom niet in de toekomstige taakstelling van de opleiding tandheelkunde. Hier hoort minimaal het onderzoek van de extra-orale weke delen bij. Dus ook de huid en de hals! Meer dan 85 procent van de Nederlandse bevolking komt minimaal eenmaal per jaar bij zijn tandarts. Dat maakt het tandartsbezoek tot een belangrijk moment voor het vroegtijdig diagnosticeren van afwijkingen in het hoofdhalsgebied. Deze richtlijn had er anders uit gezien wanneer

een oraal geneeskundig of oncologisch geschoold MKA-chirurg bij het opstellen hiervan betrokken was geweest.

Naast de tandarts dient ook de basisarts kennis te hebben van veel voorkomende orale en peri-orale afwijkingen. In tegenstelling tot Vestijks boek Ivoren wachters' begint voor de basisarts het intestinum pas ná de eerste pharynxboog. Ander gezegd: als een basisarts in de mond kijkt, weet hij niet wat hij ziet. Het MKA-onderwijs is binnen de basisopleiding geneeskunde geen verplicht onderdeel van het curriculum. Dit heeft zowel te maken met een tekort aan docenten binnen onze afdeling als met een reeds vol geneeskundig basisprogramma. Slechts in het keuzeonderwijs kunnen per twee studiejaren maximaal dertig studenten kennismaken met orale en peri-orale afwijkingen. In de algemene geneeskundige praktijk komen echter steeds meer orale afwijkingen voor als gevolg van de bijwerkingen van geneesmiddelen die steeds frequenter worden voorgeschreven. Denk hierbij aan een droge mond, smaakveranderingen en schimmelinfecties als bijwerking van inhalatiemedicatie, antidepressiva en antihypertensiva.

Hier ligt dus een grote uitdaging! Diverse wegen staan hiervoor open. Zowel het basisonderwijs, de medische vervolgoopleidingen, maar vooral ook het postacademisch onderwijs. De collegae Van der Waal en De Visscher zetten enkele jaren geleden een cursus op voor huisartsen om in het postacademisch onderwijs aandacht te vragen voor de MKA-pathologie. Het enthousiasme waarmee dit initiatief in den lande is ontvangen, geeft aan dat er een behoefte is aan onderwijs over deze pathologie. Met de huisartsenopleiding in Nijmegen zijn inmiddels afspraken gemaakt om dit aspect van de MKA-pathologie in hun basisprogramma op te nemen.

Het onderwijs in de behandeling van maligne tumoren in het hoofdhalsg gebied is in eerste instantie niet bedoeld voor tandartsen, huisartsen of de primaire specialistenopleiding. Van de in de NWHHT participerende specialismen kennen de MKA-chirurgie en de KNO-heelkunde na de specialistenopleiding een vervolgoopleiding in de hoofdhalsoncologie. Daarin krijgt de fellow de kans zich te bekwamen in de diagnostiek en behandeling van patiënten met kwaadaardige aandoeningen. Deze tweejarige vervolgoopleiding vindt plaats onder toezicht van de wetenschappelijke vereniging van het specialisme in nauwe samenwerking met de NWHHT. Hierbij wordt gelet op de kwaliteit van de opleiding en gewaakt voor het evenwicht tussen het aantal op te leiden kandidaten en de behoefte aan hoofdhalsspecialisten. Om deze opleidings- en zorgtaak optimaal uit te voeren is concentratie van patiënten met hoofdhalstumoren in centra een noodzakelijke voorwaarde.

Op dit moment is er een ernstig tekort aan oncologisch geschoolde MKA-chirurgen. Boze tongen beweren dat dit te maken heeft met marktwerking. Het is te gek, maar waar! Ik zie het als één van mijn taken om jongere collegae te stimuleren de oncologische handschoen op te nemen en het vak verder uit te dragen. Als opleider weet ik mij gelukkig de komende jaren verzekerd van ambitieuze kandidaten. Maar helaas is de positionering van deze vervolgoopleiding vooralsnog niet duidelijk. Wie investeert er in de vervolgoopleidingen? Is dat de opleidingsafdeling? Of het opleidingsziekenhuis? Of het



toekomstige ziekenhuis? Of de zorgverzekeraar? Of collectebusfondsen? Of de overheid? Op deze vragen moet de komende jaren een antwoord komen, om de continuïteit van hoofdhalsoncologische zorg te garanderen.

#### ONDERZOEK

Maligne tumoren van de slijmvliezen van de bovenste ademhalings- en voedingsweg ontwikkelen zich veelal vanuit premaligne afwijkingen. Ongeveer 5 procent van deze laesies ontwikkelt zich tot plaveiselcelcarcinoom. De behandeling hiervan is grotendeels gebaseerd op de histopathologische gradering en, in mindere mate, op een aantal klinische karakteristieken. De graad van dysplasie is niet 100 procent evenredig aan het risico van maligne ontaarding<sup>13</sup>.

De prognose na behandeling van premaligne afwijkingen blijft onduidelijk. Verschillende studies tonen een recidiefraction van 10 tot 30 procent. Hier is dus nog winst te behalen. In de toekomst zal, door identificatie van additionele markers die de ware natuur van deze premaligne en vervolgens maligne afwijkingen kunnen voorspellen, mogelijk een meer patiënttoegesneden behandeling kunnen worden aangeboden<sup>14</sup>. Het onderzoek is in samenwerking met collega Slootweg van de afdeling Pathologie en collega Kaanders van de afdeling Radiotherapie reeds gestart.

Het onderzoek naar de behandeling van patiënten met een mondholtecarcinoom richt zich vooral op botreconstructie en 3D-technologie ofwel op bot, botvervangers en groeifactoren. Als een tong geen kaak heeft om aan gefixeerd te zijn of om zich tegen af te zetten, kan de tong niet functioneren. Er is bijvoorbeeld geen duidelijkheid over de mate waarin autologe groeifactoren in combinatie met alloplastische botmineralen een rol zouden kunnen spelen bij de kaakreconstructie<sup>15</sup>. De voornaamste aandacht gaat hierbij dus uit naar de reconstructieve chirurgie waarbij de rehabilitatie en revalidatie centraal staan. Gedacht moet hierbij worden aan de factoren tijd, vorm en functie, zoals de invloed van belasting en bestraling. Langs verschillende wegen wordt getracht de functionele en fundamentele problemen van de kaakreconstructie te benaderen. In nauwe samenwerking met collega Jansen van de afdeling Parodontologie en Biomaterialen zijn we bezig dit te onderzoeken. Vooral het gebruik van groeifactoren, gewonnen uit een sterk geconcentreerde trombocytensuspensie, bij botreconstructie heeft onze aandacht.

#### OVER DE GRENS

In Nederland hebben we gelukkig een goede organisatie van de zorg voor patiënten met hoofdhalspathologie. In ontwikkelingslanden is dat niet het geval. In Tanzania coördineren collega Stoelinga en ik al jaren een onderwijs- en opleidingsproject voor de MKA-chirurgie, onder de paraplu van onze internationale beroepsvereniging en het Nijmegen International Center Oral Health binnen de afdeling Tandheelkunde, nu onder leiding van collega Frencken. Tanzania is een groot land in het oosten van Afrika met een oppervlakte van 25 keer Nederland en met een bevolking van ongeveer 35

miljoen inwoners, waarvan de meesten leven in de onderontwikkelde gebieden. In Dar es Salaam is het enige (academische) ziekenhuis met een MKA-afdeling. De universiteit heeft ook een 'Dental School' met ongeveer twintig studenten per jaar.

Ontwikkelingshulp is niet slechts een zaak van financiën. De belangrijkste bijdrage die wij kunnen leveren, is te proberen de kwaliteit van zorg op plaatselijk niveau zoveel mogelijk te bevorderen. Hiervoor is het op de eerste plaats noodzakelijk dat er voldoende, goed opgeleide specialisten zijn. Zoals een Chinees gezegde zegt: 'Wie één jaar vooruit ziet, zaait gras. Wie tien jaar vooruit ziet, plant een boom. En wie honderd jaar vooruit ziet, geeft onderwijs.' Inmiddels hebben we een driejarig onderwijscurriculum opgezet voor Tanzania en de zeven omringende landen. Aan het einde van dit curriculum wordt door onze internationale beroepsvereniging een theoretisch examen af genomen. De op te leiden Tanzaniaanse collegae gaan zich vestigen in de vier regionale ziekenhuizen, waardoor de zorg dichterbij de patiënt komt en daardoor ook beter betaalbaar.

De kwaliteit wordt zo goed mogelijk gewaarborgd door de liaison Nijmegen-Dar es Salaam en we willen deze relatie in de toekomst vasthouden. Het is mijn vaste overtuiging dat alleen door kleinschalig onderwijs en onderzoek deze ontwikkelingslanden geholpen kunnen worden<sup>16</sup>. Ook al spreken ze met een vreemde tong, het is over de gehele wereld een zeer belangrijk deel van het lichaam.

#### DANKWOORD

Het is een goed gebruik aan onze universiteit om aan het einde van een rede een woord van dank uit te spreken. Ik maak daar dan ook graag gebruik van.

Meneer de rector magnificus, leden van het college van bestuur en het stichtingsbestuur van de Radboud Universiteit, leden van de raad van bestuur en ook voormalig raad van bestuur van het UMC St Radboud. Ik wil u danken voor het in mij gestelde vertrouwen. De benoemingsprocedure was bijzonder. Onder het motto 'goede wijn kan lang liggen, want dat komt de smaak alleen maar ten goede' hoop ik uw vertrouwen op een goede afdrank waar te mogen maken. Het bestuur van het neurosensorisch cluster en het cluster tandheelkunde wil ik danken voor het ondersteunen van deze leerstoel.

Hooggeleerde Freihofer, beste Hans Peter. De eerste professionele stappen zette ik aan jouw hand als opleider en promotor. Dank voor het leren 'lopen'.

Hooggeleerde Stoelinga, beste Paul. Jij hebt het initiatief genomen voor deze leerstoel. Ook heb ik aan jou internationaal veel te danken. Vanuit vertrouwen en vriendschap hebben we mooie projecten gestart. Ondanks jouw emeritaat heb je nog ideeën genoeg! Ik zie uit naar het volgende project.

Hooggeleerde Bergé, beste Stefaan. Jouw komst naar Nijmegen in 2005 heeft ervoor gezorgd dat de pijlers op onze afdeling duidelijker zijn neergezet. Met wederzijds respect geven we elkaar de ruimte om verder te ontwikkelen dat wat ons na aan het hart of op de tong ligt. Jij voor de aangezichts- en esthetische chirurgie en ik voor de MKA-oncologie en orale geneeskunde. Nu ook de pijler Implantologie steviger wordt

neergezet, denk ik dat wij een zeer sterk construct hebben. Een tafel staat namelijk sterker op drie dan op twee poten. Dank voor je energie in het mederealiseren van deze leerstoel.

Zeer geleerde Meijer, beste Gert, dank voor je komst in 2006 naar Nijmegen. We hebben er al vele jaren eerder over gesproken. Uiteindelijk heeft het 'www-gevoel' de basis gelegd voor een intensievere samenwerking en vriendschap. Zeer geleerde Borstlap, beste Wilfred, jouw bestuurlijke kwaliteiten zijn van grote waarde voor onze afdeling. Consequent en consciëntieus. Dank voor je vriendschap, collegialiteit en ruimte. Geleerde Dieleman en Barkhuysen, beste François en Richard. Jullie zijn onmisbaar als oncologische collegae. Geleerde Soehardi en De Koning, beste Rik en Martien. Jullie completeren onze sterke staf, zodat onze afdeling kan uitgroeien tot een speler van wereldformaat. Assistenten in opleiding, wat is het een eer jullie kennis te mogen laten maken met dit gedeelte van ons mooie vak. Dank voor jullie nieuwsgierigheid. Alle medewerkers van de afdeling MKA-chirurgie wil ik danken voor de wijze waarmee zij onze academische taken ondersteunen en faciliteren.

Leden van de Werkgroep Hoofdhalstumoren Nijmegen. Ik noem jullie niet bij naam daar dat een te lange opsomming betekent in deze relatief korte tijd. Onze werkgroep heet de best georganiseerde multidisciplinaire werkgroep te zijn. We hebben echter nog veel te doen conform het reeds gezegde. In jullie midden heeft de MKA-oncologie kunnen groeien tot wat zij nu is. Met wederzijds respect en behoud van identiteit is er ruimte voor alle pijlers om te doen waar zij goed in zijn. We krijgen het allemaal drukker door bijkomende taken. Dat betekent dat wij juist nu jonge collegae moeten opleiden tot een hoog niveau met daarbij de opdracht de harmonieuze sfeer waarin wij met elkaar omgaan te continueren. Het belooft een mooie toekomst te worden, vooral voor de patiënt die zo centraal staat in ons doen en laten.

Het MKA-oncologieteam, beste Nienke, Jaya, Jacqueline, Antoinette, Jacqueline en Ingeborg. Jullie zijn degenen die de zorg voor de patiënt in al zijn facetten telkens weer op jullie schouders nemen. In de interne audit die de afdeling MKA-chirurgie recentelijk te beurt viel, concludeerde de visitatiecommissie dat de pijler 'oncologie' staat als een huis. Dat is voor een groot deel jullie verdienste. Door de garantie van continuïteit en kwaliteit hoef ik mij over de directe patiëntenlogistiek geen zorgen te maken. Dank voor de steun in al zijn facetten.

Lieve familie en vrienden. Dank voor de warmte, gezelligheid en sportiviteit. Ik verheug me op een gezamenlijk slokje met een fijne en volle tong, zo meteen en in de verdere toekomst.

Meneer de rector magnificus, dames en heren, dank voor uw aanwezigheid. Ik was misschien wat te rap van tong, maar dit zijn de hoofdzaken, de halszaken en dus de hoofdhalzaken van mijn leeropdracht. Dit lag op het puntje van mijn tong!

Als laatste mijn gezin. Lieve Emilie, Coen, Job. Lieve Liesbeth, een eventueel applaus is geheel voor jullie!

*Ik heb gezegd!*

## NOTEN

- 1 Gerlach W., *Lexicon van het bijgeloof - Van Abracadabra tot Zwarte kunst*. Amsterdam, Uitgeverij Bert Bakker, 2000.
- 2 Vissink A, Weissenbruch R van, Nieuw Amerongen A van, 'Smaak- en reukstoornissen.' In: *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2001;108:229-236.
- 3 Petersen PE., 'Strengthening the prevention of oral cancer: the WHO perspective Community.' In: *Dent Oral Epidemiol* 2005;33:397-9
- 4 www.who.com WHO/NMH/CHP/HPR/ORH Oral cancer 2005,
- 5 Epstein J.B., Gorsky M., Cabay R.Y, Day T., Gonsalves W., 'Screening for and diagnosis of oral premalignant lesions and oropharyngeal squamous cell carcinoma: role of primary care physicians.' In: *Can Fam Physician* 2008;54:870-5.
- 6 Richtlijn Mondholte- en Oropharynxcarcinoom. CBO. www.cbo.nl/richtlijnen, 2004.
- 7 Bergé S., *Met verstand-s-kiezen*. Oratie Radboud Universiteit Nijmegen 13 juni 2006.
- 8 *Kookboek klankbord: Als eten niet vanzelfsprekend is*. Stichting Klankbord Stadsdrukkerij Amsterdam, 2000.
- 9 Gerlach N.L., Barkhuysen R., Kaanders J.H., Janssens G.O., Sterk W., Merx M.A., 'The effect of hyperbaric oxygen therapy on quality of life in oral and oropharyngeal cancer patients treated with radiotherapy.' In: *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2008;37:255-9.
- 10 Marx R.E., 'A new concept in the treatment of osteoradionecrosis.' In: *J Oral Maxillofac Surg*. 1983;41:351-7.
- 11 Commissie Innovatie mondzorg, *Advies: Taakherschikking en opleidingen*. Leiden juni 2006.
- 12 *Periodiek mondonderzoek: klinische praktijk richtlijnen*. Projectgroep kwaliteit van tandheelkundige zorg UMC St Radboud. 1998-2008.
- 13 Merx M.A., Ter Hoeven J., De Wilde P.C., 'Premaligne slijmvliesafwijkingen in de mondholte. Prognose, behandeling en vervolg.' In: *Ned Tijdschr Tandheelkd*. 2005;112:51-5.
- 14 Massarelli E., Liu D.D., Lee J.J., El-Naggar A.K., Lo Muzio L., Staibano S., 'De Placido S, Myers J.N., Papadimitrakopoulou V.A. 'Akt activation correlates with adverse outcome in tongue cancer.' In: *Cancer*. 2005 Dec 1;104:2430-6.
- 15 Merx M.A., Fennis J.P., Verhagen C.M., Stoelinga P.J., 'Reconstruction of the mandible using preshaped 2.3 mm titanium plates, autogenous particulate cortico-cancellous bone grafts and platelet rich plasma: a report on eight patients.' In: *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2004;33:733-9.
- 16 Simon E., *Odontogenic Tumours in Tanzania with emphasis on epidemiology, quality of life after treatment and mandibular reconstruction*. Academisch proefschrift Radboud Universiteit Nijmegen, 12 mei 2005.



