

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/2066/18815>

Please be advised that this information was generated on 2017-12-05 and may be subject to change.

Een kwestie van smaak

**Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar
Mond- en kaakchirurgie aan de Faculteit der Medische Wetenschappen van de
Katholieke Universiteit Nijmegen op vrijdag 1 oktober 1999**

Door

Dr. P.J.W. Stoeltinga

EEN KWESTIE VAN SMAAK.

Mijnheer de Rector, Zeergewaardeerde toehoorders,

Voor u staat geen jonge hoogleraar die op enthousiaste wijze zijn gehoor in de ban houdt door een visie te geven op zijn vak of die de plannen bekend maakt voor door hem gewenste ontwikkelingen. Aan enthousiasme ontbreekt het niet maar eerlijkheid gebiedt mij te zeggen dat het predikaat jong niet langer van toepassing is. In de geest van de religieuze achtergrond van deze Universiteit zou men mij een late roeping kunnen noemen. In de wandelgangen was zelfs sprake van een 'tussen' paus. Ik zie me zelf meer als een door ervaring gelouterde "professional".

Langdurige ervaring met onderwijs en professionele politiek hebben mij geleerd, dat het beter is je te beperken althans indien je een boodschap wilt overbrengen. Daarom wil ik slechts bij twee facetten van mijn werk stilstaan omdat ik ervan overtuigd ben, dat die een prominente plaats zullen innemen in de mij resterende tijd namelijk de reconstructie van de onderkaak en de internationale oriëntatie van de kaakchirurgie.

Reconstructie van de onderkaak

De voornaamste genoegens die een mens kan beleven bestaan uit gevoelens die te maken hebben met motoriek, seksualiteit en zintuiglijke waarneming. Gezien de geschiedenis van het Katholieke leiderschap en het beeld dat ik persoonlijk bewaar aan ontmoetingen met verschillende geestelijken, was dat kennelijk ook bekend in die kringen. Vrijwel iedereen, geboren vóór 1950 en katholiek opgevoed, kan zich het stereotype beeld herinneren van een sigaar rokende en een goed glas wijn drinkende pastoor of kapelaan, die op gezette tijden kwam informeren of de leden van het gezin hun godsdienstige plichten nog wel vervulden. Kortom het beeld van een Bourgondische katholieke kerk.

Als een baby zich begint te ontwikkelen ligt de nadruk op het ontstaan van reflexen die nodig zijn voor de ontplooiing van alle motorische vaardigheden, het gecoördineerd bewegen, zoals grijpen en lopen. De eerste onafhankelijke stappen van een peuter worden door ouders en familie gevierd als een grote stap voorwaarts in de ontwikkeling van hun kind en meestal tot op de dag nauwkeurig vastgelegd voor het nageslacht. Dit is volledig terecht, want het vermogen zich vrijelijk te kunnen bewegen, dat wil zeggen lopen, fietsen, schaatsen, sporten is een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van het leven. De vreugde die iemand kan beleven aan het bedrijven van sport speelt, zeker in deze tijd, een belangrijke rol bij de besteding van vrije tijd. Tot op hoge leeftijd zien we tegenwoordig mensen joggen, fietsen, tennissen, wandelen of golfen. In ieder mensenleven komt echter een moment waarop “gas moet worden teruggenomen”. Fysieke vermogens nemen af ongeveer vanaf het 30^e levensjaar om bij gevorderde leeftijd te eindigen in een toestand van stramheid en stijfheid. Dit proces van geleidelijke aftakeling kan nog in belangrijke mate ongunstig worden beïnvloed door ziekten of condities die nadelig ingrijpen op het bewegingsapparaat. Het beeld dat ik hier schets noemen wij veroudering en we accepteren dit geleidelijke verlies aan kwaliteit van leven als iets onoverkomelijks.

Het beeld van de periode waarin de mens seksueel actief is toont overeenkomsten met de beschouwing gewijd aan de ontwikkeling, bloei en aftakeling van de motorische vermogens. Hoewel er grote verschillen bestaan tussen mensen onderling en vooral tussen de beide seksen staat het vast, dat na ongeveer het 50^{ste} levensjaar de seksuele vermogens, en dus genoegens, afnemen. Onder de mannen zijn Charley Chaplin's, die op een hoge leeftijd nog een kind verwekken, buitengewoon schaars. Ook in dit proces kunnen ziekten van somatische zowel als psychische aard een belangrijke negatieve rol spelen. Het lijkt er op, dat de mensheid zich ook op dit terrein heeft neergelegd bij het onvermijdelijke verlies aan kwaliteit van leven. Ik ken althans geen belangenvereniging van patiënten die vinden dat ze te vroeg in hun leven seksueel inactief zijn geworden. In dit land is dat zeker een goede maatstaf.

De zintuiglijke vermogens nemen een zeer speciale plaats in wanneer het gaat om hun bijdrage aan de kwaliteit van het leven. Vooral het gehoor en gezicht vormen de noodzakelijke schakels met betrekking tot de stimulering van onze verstandelijke vermogens. Zonder de impulsen van de visuele en gehoorswaarneming is het moeilijk om het brein te trainen en leerprocessen in gang te zetten die het mogelijk maken om goed te functioneren in deze complexe maatschappij. Er is echter, door toenemende druk in onze cultuur, een tendens van overwaardering van specifieke verstandelijke vermogens, zeker in het universitaire milieu, waar we waaks voor moeten zijn.

Het vermogen om te zien en te luisteren is ontegenzeggelijk onmisbaar en achteruitgang van beide zintuiglijke functies gaat gepaard met een verminderd vermogen om te kunnen functioneren op maatschappelijk en wetenschappelijk niveau. Ik heb tot hier nog buiten beschouwing gelaten het plezier dat mensen beleven aan het kijken naar mooie dingen of het lezen van een interessant boek en vooral het luisteren naar muziek, genoegens die helaas voor veel ouderen afnemen omdat de tand des tijds knaagt aan de integriteit van ogen en oren. Hoewel brillen en gehoorapparaten een bijdrage leveren aan de verlenging van de periode waarin de mens kan genieten van visuele en gehoorsimpulsen, komt er onvermijdelijk een moment waarop “men inlevert” en dus inboet aan kwaliteit van leven.

De natuur blijkt gelukkig aanzienlijk milder als het gaat om behoud van zintuigen als smaak, tast en reukzin, waarbij vooral de smaak een belangrijke bijdrage kan leveren aan de kwaliteit van leven.

“Lekker eten” speelt een grote rol in ons algemeen welbevinden. Wij wensen elkaar immers een smakelijk eten, tenminste wanneer we ons de tijd gunnen om een maaltijd te nuttigen. Het belang dat gehecht wordt aan lekker eten vindt men terug in alle culturen. In iedere taal bestaan er uitdrukkingen die een wens inhouden dat de tafelgenoten mogen genieten van de spijs en drank.

Over smaak valt niet te twisten, luidt een oud adagium, maar vanuit het gezichtspunt van de chirurgie zijn er zeker twistpunten. Om dat duidelijk te maken is het noodzakelijk om iets te vertellen over de fysiologie van de smaak.

Smaakpapillen bevinden zich vooral in het voorste tweederde deel van de tong maar komen ook voor op het achterste deel van de tong, de keelholte inclusief het zachte verhemelte, het strottenhoofd en zelfs de slokdarm. Het staat wel vast dat de smaakpapillen van het voorste deel van de tong het belangrijkste zijn, gezien de dichtheid waarbij ze in dit gebied voorkomen. Essentiële smaakpercepties zoals bitter, zoet, zuur en zout worden vooral in dit gebied gegenereerd. In de tong bevinden zich drie typen smaakpapillen die wij papillae fungiformis, circumvallata en foliata noemen. De zenuwen die betrokken zijn bij de registratie van smaak behoren tot vier verschillende kopzenuwen en die hebben hun projecties op een deel van de hersenschors alwaar de discriminatie van smaak plaatsvindt. Er zijn echter ook projecties in de hypothalamus en het limbische systeem en dat is opmerkelijk omdat ook de reukperceptie hier gedeeltelijk plaats vindt, hetgeen een zekere interactie suggereert.

De verfijning van smaak is voor een belangrijk deel het gevolg van het feit dat we het voedsel ook ruiken. Dat is niet alleen zo voordat we het in de mond brengen maar ook tijdens de slikactie. De geur van het voedsel wordt via de achterste neusopening in contact gebracht met de reukreceptoren gelegen in de basis van de neus. Iedere ouder kent de truc om een kind iets te laten eten wat hij niet lekker vindt. Knijp de neus dicht en laat het slikken. Een positiever aspect van dit fenomeen is ongetwijfeld de goede afdronk van wijn. Na de slikactie kunnen we nog intens genieten van goede wijn mede vanwege de sterke reukperceptie. Helaas was de eerdergenoemde pastoor daar minder goed van op de hoogte want hij bedierf het effect van deze bonus door zijn sigaar te blijven roken.

De kwaliteit van smaak en ook reuk is opmerkelijk constant gedurende een mensenleven en slechts bij hoge ouderdom is er een aantoonbaar verlies. Het aantal functionerende smaakpapillen neemt dan uiteindelijk ook af. Smaak is dus een kostbaar vermogen dat een grote bijdrage levert aan het feit dat ook voor de oudere mens het leven de moeite waard blijft. Vermindering van smaak als gevolg van

chirurgische interventies of anderszins moet dus worden beschouwd als een ernstige aantasting van de kwaliteit van leven.

Wanneer wij elkaar een smakelijke maaltijd wensen gaan we er van uit dat onze tafelgenoten in staat zijn het voedsel te verwerken en door te slikken, maar dat is helaas vaak niet het geval bij patiënten die vanwege een kwaadaardig gezwel in de mond een resectie hebben ondergaan van delen van de tong, de mondbodem en de onderkaak. Om dit te begrijpen is een korte beschrijving noodzakelijk van de fysiologie van de eerste stap van de spijsvertering. Na het nemen van een hap, beginnen we vrijwel automatisch te kauwen om het voedsel fijn te malen en te mengen met speeksel. Hiervoor zijn een aantal spieren nodig die de onderkaak kunnen laten bewegen in alle drie de richtingen en een min of meer intact gebit dat er voor zorgt dat het voedsel inderdaad wordt fijngemalen. Een mobiele tong is noodzakelijk om het voedsel te kunnen verplaatsen van links naar rechts en vice versa.

De volgende stap, het slikken, vereist goede coördinatie van twee groepen spieren en verschillende solitaire spieren van tong, verhemelte en keel. Teneinde in staat te zijn de tong tegen het verhemelte te persen, de eerste stap van het slikproces, moet het tongbeen gefixeerd worden. Hiervoor gebruiken we de mondbodemspieren en een groep spieren in de hals onder het tongbeen die we de infrahyoïdale spieren noemen.

Contractie van spieren van het weke verhemelte en keel transporteert het voedsel naar de slokdarm, nadat voordien de luchtpijp is afgesloten door de epiglottis. Dit klinkt allemaal tamelijk simpel maar voor deze acties, die vele malen per dag worden uitgevoerd, dienen we te beschikken over intacte spieren en zenuwen, terwijl de onderkaak tenminste niet onderbroken mag zijn.

“Lekker eten” is dus niet alleen een kwestie van smaak maar is ook sterk gebonden aan het vermogen om het voedsel te kauwen en het vervolgens door te slikken.

Chirurgische interventies met het doel een kwaadaardige tumor weg te nemen, interfereren op een grove manier met dit delicate mechanisme. Vooral voor patiënten met tumoren van de mondbodem, uitbreidend naar de onderkaak, ziet de toekomst er in dit opzicht niet florissant uit. Dit komt vooral omdat dan vaak een resectie van een

deel van de onderkaak wordt uitgevoerd waarbij de continuïteit van de kaak wordt onderbroken, in combinatie met het wegnemen van de aanhechting van mondbodemspieren aan de kaak en een deel van de tong. Indien geen verdere maatregelen worden genomen, is zo'n patiënt verder aangewezen op voeding via een sonde. Het behoeft weinig verbeelding om te begrijpen dat de kwaliteit van leven van zulke patiënten zeer afneemt, zeker omdat spreken ook moeilijk is, waardoor sociaal isolement dreigt. Aangezien het bij kwaadaardige gezwellen vrijwel altijd om ouderen gaat, blijft er voor deze mensen weinig over om plezier aan te beleven. Het is vrijwel altijd een ernstige inbreuk op hun levenslust.

De kaakchirurgie houdt zich natuurlijk al lang bezig met de rehabilitatie van patiënten die kaakresecties hebben ondergaan en er zijn vele methoden ontwikkeld om verloren gegaan kaakbeen en spierweefsel te vervangen.

Er zijn metalen platen ontworpen om defecten te overbruggen, zodat contour en continuïteit van de kaak zo goed mogelijk worden hersteld.

De nadelen van deze reconstructieplaten zijn dat ze kwetsbaar zijn, ze breken gemakkelijk en als postoperatief bestraling gewenst is maakt het metaal een goede concentratie van straling onmogelijk. Bovendien kan het kauwvermogen niet worden hersteld omdat deze reconstructieplaten niet geschikt zijn als basis voor een prothetische voorziening.

Er werden en worden vrije bottransplantaten gebruikt om defecten tot maximaal 5 cm op te vullen. Gesteelde gevasculariseerde transplantaten zijn eigenlijk huid-spier eilandlappen, die met een vaatsteel verbonden zijn met het donorgebied. Voor reconstructie in het mond- kaakgebied wordt een lap van de grote borstbeenspier, gebaseerd op de arteria thoraco-acromialis, nog steeds veel gebruikt. Hiermee kan eventueel een deel van een rib worden meegenomen ter overbrugging van een onderkaakdefect.

De grote doorbraak leek evenwel te zijn bereikt met de introductie van de micro-vaatanastomosen. Huid-spier-bot transplantaten kunnen worden genomen van

verschillende, verder weg gelegen donorgebieden, en met behulp van microchirurgie kunnen de bloedvaten worden verbonden waardoor de transplantaten overleven. Het grote voordeel van deze technieken is dat grote stukken bot kunnen worden geogst, waardoor ook defecten groter dan 5 cm kunnen worden overbrugd, terwijl de lange vaatstelen een grote flexibiliteit toelaten bij het implanteren van het implantaat. Veel gebruikte transplantaten worden verkregen uit het spaakbeen (radius), het kuitbeen (fibula) en de voorste heupkam (crista iliaca anterior). Hoewel zonder enige twijfel met deze technieken vooruitgang is geboekt, blijven er problemen bestaan die moeilijk zijn op te lossen. Schliephake en medewerkers^{9,10,11} hebben recent de kwaliteit van het leven van een grote groep patiënten onderzocht, die gereconstrueerd was met locale, gesteelde lappen of met vrije, microvasculair geanastomoseerde lappen. De uitslag was niet bemoedigend. De mate van functieverlies blijkt sterk af te hangen van de omvang van het weggenomen deel van tong, mondbodem en kaak en niet zozeer van de manier waarop werd gereconstrueerd. Het contourherstel van de onderkaak blijkt in het oordeel van de patiënt niet op te wegen tegen het resterend functieverlies. Het uiteindelijke verlies van kauw- en slikkracht en het verlies van het vermogen om te proeven wegen kennelijk zwaar wanneer de patiënt moet aangeven hoe tevreden hij is met de reconstructie.

Vanuit het oogpunt van gebitsrehabilitatie en esthetiek zijn er ook enige kanttekeningen te plaatsen bij het gebruik van radius, fibula of crista iliaca. De bothoogte en het volume zijn vaak onvoldoende om implantaten te plaatsen waarop een goed functionerende prothese kan worden vervaardigd. De contour van het getransplanteerde bot en de ruimtelijke positie zijn meestal verre van optimaal waardoor prothetische rehabilitatie nog extra bemoeilijkt wordt. Bovendien blijft de deformatie goed zichtbaar.

We moeten ons dus de vraag stellen; hoe nu verder?

Mijns inziens zijn er twee wegen die nader geëxploreerd dienen te worden. Ten eerste moet men zich afvragen of continuïteitsresectie van de onderkaak noodzakelijk is in alle gevallen dat een tumor vast zit aan de kaak. Onderzoek van o.a. Slootweg en Müller¹², Tsue en medewerkers¹³, Brown en Browne¹ heeft aangetoond dat in

ongeveer 50% van de gevallen kaakresectie had plaatsgevonden zonder dat er tumorweefsel in de kaak kon worden aangetoond en in veel gevallen van tumorgroei in het onderkaakbot bleek de corticale onderrand niet te zijn aangetast.

Hieruit kan worden geconcludeerd dat:

- er strikt genomen minder kaken hoeven te worden geresecteerd en dat
- er kan worden volstaan met minder ingrijpende, marginale resecties als de corticale onderrand niet is aangetast door tumorgroei.

Volgens Ord en medewerkers⁵ zijn er geen verschillen in de frequentie van optreden van locale recidieven bij vergelijk van continuïteits of marginale resecties.

Indien de onderkaaksrand kan worden gespaard, betekent dat een enorme vermindering van invaliditeit voor de patiënt. Een dunne botspaan kan relatief eenvoudig worden verhoogd en zelfs geschikt worden gemaakt voor het plaatsen van implantaten, zodat uiteindelijk een implantaat gesteunde prothese kan worden gemaakt.

Een probleem bij de vaststelling of er inderdaad tumorweefsel in het bot zit is de onvolkomenheid van de afbeeldingstechnieken. De huidige afbeeldingstechnieken, de röntgenfoto, MRI en CT-scan stellen de chirurg niet in staat om in alle gevallen een goede beslissing te nemen. Het is daarom belangrijk om een beter inzicht te krijgen in de betrouwbaarheid van de huidige afbeeldingstechnieken. Hiervoor is het noodzakelijk om de resultaten van de interpretatie van verschillende afbeeldingstechnieken te correleren met de resultaten van nauwkeurig histopathologisch onderzoek. Alleen op deze wijze kan enige vooruitgang worden geboekt in onze kennis op het gebied van tumorinvasie in het kaakbot. Ik prijs mij gelukkig dat dit onderzoek inmiddels op mijn afdeling begonnen is.

De tweede weg die open ligt voor verdere exploratie is de weg van de bio-engineering. Deze Engelse term wijst op methoden om langs kunstmatige weg weefsel te laten groeien in de gewenste richting en vorm. Voor de reconstructieve kaakchirurgie lijken de opties uitermate gunstig. Het is vooral de techniek voor de aanmaak van bot die grote vorderingen heeft gemaakt. In eerste instantie leek met de

introductie van Bone Morphogenetic Proteins (BMP's) de gewenste doorbraak te zijn bereikt. Deze eiwitten bevinden zich vooral in de schors (cortex) van onze lange pijpbeenderen en bevorderen de aanmaak van bot via verschillende stappen. Stamcellen, dat wil zeggen ongedifferentieerde cellen, kunnen zich transformeren tot botvormende cel (osteoblast) of kraakbeenvormende cel (chondroblast), terwijl de deling en aanmaak van beenweefsel, direct of via kraakbeen, worden bespoedigd. Het grote probleem met de BMP's is echter, dat tot op heden deze stoffen niet beschikbaar zijn voor klinisch gebruik. Het proces om deze stoffen via bacteriën te laten produceren is kennelijk ook nog niet voldoende veilig, want het Amerikaanse bureau voor Food and Drug Administration (FDA) heeft de BMP's nog niet vrijgegeven voor klinische toepassing.

De nieuwste ontwikkeling op de weg van de bioengineering van bot is het gebruik van autologe groei factoren die zich bevinden in de bloedplaatjes. Marx en medewerkers⁴ publiceerden voor het eerst in 1998 de resultaten van reconstructie van de onderkaak met behulp van autologe botpartikels gemengd met groeifactoren zoals TGF β en PDGF verkregen uit geconcentreerde bloedplaatjessuspensie. De heling wordt op deze manier bespoedigd met tenminste een factor 2, terwijl het succespercentage zeer hoog is. Door gebruik te maken van mallen, die het verloren gegane bot precies weergeven, zou men bot kunnen laten groeien in defecten die het gevolg zijn van tumorresecties. Vanzelfsprekend is voor deze techniek een goede weke delen manchet noodzakelijk om de noodzakelijke vaatvoorziening te garanderen.

Deze revolutionaire techniek heeft mijns inziens grote voordelen die als volgt kunnen worden samengevat.

- De oorspronkelijke contour en het volume van de onderkaak kunnen precies worden nagebootst. Dit is gunstig voor de prothetische rehabilitatie en voor de esthetiek.
- De morbiditeit van de ingreep is aanzienlijk minder dan van technieken waarbij massieve stukken bot worden getransplanteerd.

- De reconstructie kan geschieden direct in aansluiting op de resectie. Het helingsproces is voldoende snel om eventueel binnen de 6 weken marge te blijven, die als wenselijk wordt beschouwd in verband met de effectiviteit van de postoperatieve bestraling.

Er zullen ongetwijfeld nog vele technische hindernissen moeten worden genomen, maar ik prijs mij wederom gelukkig dat in onze afdeling dier-experimenteel onderzoek in gang is gezet met het doel om deze techniek op termijn in de kliniek toepasbaar te maken. De volgende stap zou kunnen zijn om spierweefsel weer te laten aanhechten aan dit nieuwe bot en het tongbeen, indien mogelijk met een zenuw die het complex innerveert.

De keuze van deze onderzoekslijn is een kwestie van smaak hoewel compleet herstel van smaak na tongresectie en bestraling voorlopig niet haalbaar lijkt. De toekomstperspectieven lijken evenwel iets gunstiger voor patiënten die een gedeeltelijke onderkaakresectie moeten ondergaan, indien onze experimenten tenminste gunstig uitpakken. Herstel van kauwvermogen en een gunstig esthetisch herstel zullen ongetwijfeld in de smaak vallen.

De moderne pastores, indien zij althans de slechte gewoonte om sigaren te roken en daarbij wijn te drinken nog steeds volhouden, raad ik echter aan dit onmiddellijk te staken. De combinatie van roken en alcoholgebruik verhoogt namelijk het risico van het krijgen van een kwaadaardig gezwel in het mond-kaakgebied. Voorkomen is beter dan genezen zegt een ander adagium en in dit verband onderschrijf ik deze aanbeveling van ganser harte.

Internationale oriëntatie van de kaakchirurgie

Tien jaar lidmaatschap van de “executive committee of the European Association for Cranio-Maxillofacial Surgery”, waarvan 2 jaar als president, twaalf jaar hoofdredacteurschap van de International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery en mijn huidige functie als president elect van de International Association of Oral and

Maxillofacial Surgery, hebben niet nagelaten een grote stempel te drukken op mijn huidige mening over de medische en tandheelkundige professie in het algemeen en over de mond- en kaakchirurgie in het bijzonder. Ondanks het feit dat de wereld “globaliseert” en moderne communicatiemiddelen beschikbaar zijn om internationale informatie uit te wisselen, wordt er op enkele uitzonderingen na, nog maar op bescheiden schaal op internationaal medisch-wetenschappelijk niveau daadwerkelijk gecommuniceerd. Het is bijvoorbeeld opvallend dat er nog zo weinig overeenstemming bestaat over protocollen bij chirurgische behandelingen die als routine kunnen worden beschouwd. Weliswaar zijn er ook internationale congressen en symposia maar veelal worden die bezocht door een relatief gering aantal vakgenoten. De geïnteresseerde leek heeft misschien de indruk dat in deze moderne tijd snelle uitwisseling van kennis leidt tot meer “evidence based medicine”, dat wil zeggen geneeskunde gebaseerd op bewijsbare uitkomsten van onderzoek. Beleidsmakers in de gezondheidszorg hebben er hun mond vol van maar in veel instituten en door veel collegae worden dagelijks nog beslissingen genomen op basis van historisch gegroeide meningen, vaak aangekleurd door opvattingen van een afdelingshoofd. Een sprekend voorbeeld is het wijd en zijd verbreide gebruik om breed-spectrum antibiotica voor te schrijven zowel profylactisch als therapeutisch door tandartsen en kaakchirurgen, terwijl ongeveer 95% van de infecties in het mond-kaakgebied worden veroorzaakt door voor penicilline gevoelige bacteriën. Zelfs het protocol van het Academisch Ziekenhuis te Nijmegen, voor het gebruik van peri-operatieve, profylactische antibiotica bij electieve, kaakchirurgische ingrepen hield geen rekening met dit simpele gegeven. Onderzoek heeft evenwel aangetoond dat voor electieve chirurgische ingrepen in het mond- kaakgebied, het smal spectrum antibioticum penicilline afdoende is^{2,6,7,8}.

“Evidence based surgery” betekent overigens niet, dat alle operaties over de gehele wereld op dezelfde wijze dienen te worden uitgevoerd. In de chirurgie geldt dat er vermoedelijk meer wegen naar Rome leiden, maar therapie keuzes behoren wel gebaseerd te zijn op rationele gronden gesteund door uitkomsten van goed onderzoek. Een kritisch achterom kijken, op basis van een “data base”, waardoor de eigen

resultaten vergeleken kunnen worden met de resultaten van toonaangevende klinieken, is toch wel het minste wat men mag verwachten van een academische afdeling. Het op de hoogte zijn van kwalitatief goed, liefst prospectief, onderzoek is een andere voorwaarde, alvorens zelf te kunnen beginnen met onderzoek. Dat impliceert bekendheid met de internationale literatuur en een open, nieuwsgierige, onafhankelijke onderzoekshouding. Het is overigens niet typisch Nederlands om internationaal wat achter te blijven maar bij mij is toch de overtuiging gegroeid, dat de Angelsaksische collegae door hun scholing en mentaliteit een grote voorsprong hebben op de continentale Europese collegae. Er wordt nog teveel gedacht in het meester-gezel patroon met voor onderzoek alle nadelen van dien. Ik zal mijn best doen iets van die Angelsaksische mentaliteit over te brengen.

Helaas is er echter nog een barrière uit onverwachte hoek als het gaat om het uitvoeren van klinisch gericht onderzoek. Onderzoek uitgevoerd aan een Universiteit moet passen in onderzoeklijnen die codenummers hebben waarmee ik u niet zal vermoeien. De bedoeling daarachter is ongetwijfeld gestoeld op een poging om onderzoeksgelden efficiënt te besteden. Het systeem doet echter onrecht aan kleinere orgaanspecialismen, bijvoorbeeld de mond- en kaakchirurgie, waarvoor de prioriteiten volstrekt anders kunnen liggen dan bij andere disciplines. Het geld voor onderzoek wordt verdeeld in vier stromen. De 1^e en 2^e geldstroom komen van respectievelijk het ministerie en het NWO. Het valt niet mee om je daarvoor te kwalificeren met projecten die zich in de ogen van de gevestigde orde bezig houden met de periferie van het menselijk lichaam. De 3^e en 4^e geldstroom zijn afkomstig van o.a. collectebusfondsen en de industrie. Een hoogleraar met ambitie maar zonder “sterren en strepen” op het gebied van fundamenteel onderzoek wordt dus genoodzaakt sponsors te werven voor het minstens zo belangrijk klinisch onderzoek: een deel van zijn werkzaamheden, dat overigens niet vermeld wordt in de functieomschrijving. Ik wil hierbij wel een kritische kanttekening plaatsen. Is dit wel een kerntaak van een hoogleraar?

Tenslotte is er nog een ander aspect van de internationale oriëntatie dat aandacht verdient. Het betreft de opleiding van specialisten. Binnen de Union Européenne des Médecins Spécialists (UEMS) heeft de sectie Oro-Maxillofacial Surgery al enkele jaren geleden overeenstemming bereikt over een gewenst opleidingsschema van Mond- Kaakchirurgen. Er is nu ook een goed functionerende Board die al enkele jaren Europese examens afneemt. Op wereldniveau is in 1992 een belangrijk document verschenen getiteld “International guidelines for speciality training in Oral and Maxillofacial Surgery”³. De discussie over de gewenste vooropleiding d.w.z. arts en tandarts is gesloten en ook de Nederlandse Vereniging heeft zich geconformeerd aan dit standpunt.

De International Association of Oral and Maxillofacial Surgery (IAOMS) heeft nu het initiatief genomen om richtlijnen op te stellen voor internationale erkenning van opleidingscentra en hun accreditatie. Voor de ontwikkelde landen is dit goed nieuws en vooral voor de Nederlandse collegae want dat bevordert de mogelijkheid tot uitwisseling van staf en “onderzoek fellows”. Op deze manier worden barrières weggenomen voor internationale uitwisseling. Het zou echter duiden op slechte smaak indien we het hierbij zouden laten. Meer dan driekwart van de wereldbevolking woont in zich ontwikkelende of ontwikkelingslanden en daar heerst een hoge nood als gevolg van een hoge frequentie van voorkomen van mondziekten. Om u een idee te geven: mondkanker is de meest voorkomende vorm van kanker in landen als India, Pakistan, Bangladesh en Sri Lanka. China kent tienduizenden patiënten met mondkanker maar ook tien-duizenden kinderen met een open lip-kaak en verhemelte. In Afrika bestaat er een grote prevalentie van mondziekten gerelateerd aan Aids en ondervoeding om maar niet te spreken van trauma's van het mond-kaakgebied als gevolg van de vele interne twisten. Met andere woorden, er is een grote behoefte aan professionele hulp van gespecialiseerde artsen-tandartsen. Ik ben er trots op dat de IAOMS vooral door de inspanningen van Professor Fries uit Linz het initiatief heeft genomen om trainingscentra op te zetten in sommige landen van Zuid Amerika, Afrika en Azië waarbij vrijwilligers mond- kaakchirurgen uit de ontwikkelde landen fungeren als opleiders.

Ik weet het niet zeker maar ik geloof dat de IAOMS de eerste medische, internationale beroepsvereniging is, die zijn verantwoordelijkheid dienaangaande neemt.

Waarom meld ik dit in deze oratie? Ik ben van mening dat internationale oriëntatie niet uitsluitend bedoeld is om er zelf beter van te worden. De tijden van missionering en zending zijn voorbij, hoewel dat soms in de Nederlandse politiek niet goed te merken is. In elk geval heeft de toenemende verzakelijking op alle terreinen, inclusief de gezondheidszorg, als voordeel dat er op het gebied van ontwikkelingszorg ook iets rationeler gedacht wordt. Het brengen van expertise, kennis en middelen naar de landen waar de nood hoog is, met het doel collegae plaatselijk op te leiden, heeft als voordeel dat de daar opgeleide specialisten niet in de verleiding komen om te emigreren. Tevens kan met de juiste organisatie de continuïteit van zorg worden gewaarborgd. Het systeem is echter wel volledig afhankelijk van collegae uit de ontwikkelde landen die bereid moeten zijn om enige tijd te besteden aan onderwijs en opleiding in ontwikkelingslanden. Wellicht ligt mijn ambitieniveau wat aan de hoge kant maar naar mijn smaak is dit project de moeite waard om de komende jaren aan te werken.

Zeer gewaardeerde toehoorders, de goede verstaander heeft begrepen waar ik mijn prioriteiten de komende jaren zal leggen. Ik hoop dat de bureaucratie en de papieren oorlog onvoldoende vat op mij zullen krijgen zodat ik U over ruim 5 jaar kan vertellen in hoeverre mijn ambities zijn vervuld.

Tot slot

Van deze gelegenheid wil ik gaarne gebruik maken om het Stichtingsbestuur, het College van Bestuur van deze Universiteit, het Bestuur van de Faculteit der Medische Wetenschappen en het College van Bestuur van het Academisch Ziekenhuis Nijmegen te bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen.

Tevens wil ik mijn dank uitspreken voor de uiterst vriendelijke en collegiale sfeer waarin het Clusterbestuur en de collegae van het Cluster Hoofd Hals Huid mij zijn tegemoet getreden.

Hooggeleerde Merkx, beste Cees.

Het doet mij een groot genoegen jou hier aanwezig te zien. Het moet toch enige voldoening geven dat een van je leerlingen de fakkel overneemt. De relatie tussen opleider en leerling blijft toch heel speciaal.

Hooggeleerde Freihofer, beste Hans Peter.

Al jaren hebben wij een goede verstandhouding ook al verschillen we soms van mening. Het begin van de goede verhouding tussen “Arnhem en Nijmegen” is voor een belangrijk deel jouw werk geweest. Ik ben je daar zeer erkentelijk voor.

Professor Hooley, dear Jim.

There are only a few occasions in a person's life that are decisive in relation to the development of his carrier. In my life one such occasion was when I met you. You have the rather unique talent to encourage people to develop their surgical and scientific skills without being dominant. You also had the vision to add an international flavour to your department long before this became more popular. Your peculiar sense of humour puts everything in perspective. I am very grateful for the opportunity that I have had to work under your guidance. It certainly has had great impact on my way of educating the next generation. Above all however, I appreciate your friendship and the sheer fact that you and Margaret are here, has made my day.

Collegae opleiders in Nederland, beste Isaac, Hans, Lambert en Ron.

Wij zijn op de goede weg met het structureren van de opleiding in Nederland. Ik stel het overleg en de goede verhoudingen zeer op prijs. De toekomst van de kaakchirurgie in Nederland is het waard om voortdurend te proberen de kwaliteit van de opleiding te verbeteren.

Bestuur en collegae van het Ziekenhuis Rijnstate.

Ruim 25 jaar heb ik met veel plezier gewerkt in een ziekenhuis dat tot de top van Nederland kan worden gerekend. De collegiale en zeer professionele sfeer blijkt een vruchtbare bodem voor het begin van menig academische carrière. Ik ben u veel dank verschuldigd voor de wijze waarop u mij de gelegenheid heeft geboden het vak Mondziekten en Kaakchirurgie verder te ontwikkelen. Ik zal de unieke sfeer missen.

“Maten” van het Ziekenhuis Rijnstate, beste Peter, John en Theo.

Ik besef dat ik jullie enigszins in de problemen heb gebracht door wat eerder weg te gaan dan was voorzien. Ik hoop echter, dat de goede samenwerking blijft bestaan want de afdeling in Arnhem is uniek en voor de opleiding onvervangbaar. Ik ben jullie dankbaar voor het getoonde begrip en vooral voor de vriendschap en steun die ik het laatste jaar mocht ontvangen.

Leden van de staf van de afdeling Mond- en Kaakchirurgie.

Het valt niet mee om opgezadeld te worden met een hoogleraar die niet volledig voldoet aan het door jullie geschetste profiel. Het wordt nog moeilijker als de nieuwe hoogleraar ook nog van alles wil veranderen. Het zal ongetwijfeld nog wat tijd vergen alvorens een nieuw evenwicht is bereikt. Ik hoop echter dat het inmiddels duidelijk is dat het mijn bedoeling is om deze afdeling een nieuw elan te geven. Daar worden we allemaal beter van.

Dames en heren assistenten in opleiding.

Het is mij een voorrecht om te kunnen bijdragen aan jullie vorming. Een goed opleidingsklimaat met een gestructureerde opleiding en een vleugje wetenschap is het ideaal waarnaar ik streef. Voor mij is het belangrijk dat een assistent later met trots kan terugkijken op een geslaagde opleiding.

Dames en heren studenten.

Uiteindelijk gaat het om u. Het vakgebied van de mondziekten en kaakchirurgie is de moeite waard om onderwezen te worden zowel aan aanstaande tandartsen als aan

artsen. De toegemeten tijd is de beperkende factor maar ik zal mijn best doen om u zoveel mogelijk “bagage mee te geven”.

Een oratie eindigt gewoonlijk met een woord van dank aan echtgenote en kinderen. Ik doe dat ook met overtuiging maar deze gelegenheid acht ik niet geëigend om mijn ziel bloot te leggen, en ook dat is een kwestie van smaak.

LITERATUUR

1. Brown J.S., Browne R.M.
Factors influencing the patterns of invasion of the mandible by oral squamous cell carcinoma.
Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 1995;24:417-26
2. Conover M.A., Kaban L.B., Mulliken J.B.
Antibiotic prophylaxis for major maxillocraniofacial surgery.
J. Oral Maxillofac. Surg. 1985;43:865-70
3. IAOMS. International guidelines for speciality training in oral and maxillofacial surgery.
Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 1992;21:130-3
4. Marx R.E.
Platelet-rich plasma; growth factor enhancement for bone grafts.
Oral Surg. 1998;85:636-46
5. Ord R.A., Sarmadi M., Papadimitrou J.
A comparison of segmental and marginal bony resection for oral squamous cell carcinoma involving the mandible.
J. Oral Maxillofac. Surg. 1997;55:470-7
6. Van der Perre J.J.A., Stoelinga P.J.W., Blijdorp P.A., Brouns J.J.A., Hoppenreijns Th.J.M.
Peri-operative morbidity in maxillofacial orthognatic surgery.
J. Cranio-Maxillofac. Surg. 1996;24:263-70

7. Peterson L.J.
Principles of antibiotic therapy.
In: Oral and Maxillofacial Infections. Eds. Topazian and Goldberg
3rd ed. W.B. Saunders Comp. Philadelphia, 1994
8. Ruggles J.E., Hann J.R.
Antibiotic prophylaxis in intraoral orthognathic surgery.
J. Oral Maxillofac, Surg. 1984;42:797-801
9. Schliephake H., Neukam F.W., Schmelzeisen R. et al.
Long term quality of life after ablative intraoral tumour surgery.
J. Cranio-Maxillofac. Surg. 1995;23:243-9
10. Schliephake H., Ruppert K., Schneller T.
Prospective study on the quality of life of cancer patients after intraoral
tumour surgery.
J. Oral Maxillofac. Surg. 1996;54:664-9
11. Schliephake H., Schmelzeisen R., Schönweiler R. et al.
Speech, deglutition and life quality after intraoral tumorresection. A
prospective study.
Int.J. Oral Maxillofac. Surg. 1998;27:9-105
12. Slootweg P.J., Müller H.
Mandibular invasion by oral squamous cell carcinoma.
J. Cranio-Maxillofac. Surg. 1989;17:69-74
13. Tsue T.T., McCulloch T.M., Girod D.A. et al.
Predictors of carcinomateus invasion of the mandible.
Head & Neck 1994;16:116-26