



MKA EN DE JUISTE MAAT

PROF. DR. E.B. WOLVIUS

MKA EN DE JUISTE MAAT

Oplage 1000
Omslagfoto Levien Willemse, Rotterdam
Ontwerp Ontwerpwerk, Den Haag
Drukwerk Océ-Nederland B.V., Rotterdam

ISBN 978-90-779-0691-0

© Prof. dr. E.B. Wolvius, oratiereeks Erasmus MC
9 september 2011

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd zonder voorafgaande toestemming van de auteur.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van art. 16h t/m 16m Auteurswet 1912 j°. Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB).

MKA EN DE JUISTE MAAT

REDE

Uitgesproken bij de aanvaarding van
het ambt van hoogleraar in de Mondziekten,
Kaak- en Aangezichtschirurgie
en Bijzondere Tandheelkunde
aan het Erasmus MC, faculteit van de
Erasmus Universiteit Rotterdam
op 9 september 2011

door

PROF. DR. E.B. WOLVIUS

*Mijnheer de Rector Magnificus,
Leden van de Raad van Bestuur,
Lieve familie en vrienden, zeer gewaardeerde collega's,*

Inleiding

Ik ben werkelijk zeer vereerd om vandaag voor u te mogen staan in deze nieuwe positie. Ik realiseer mij dat bij de aanvaarding van dit ambt er een verantwoordelijke taak op mijn schouders rust. In de komende drie kwartier laat ik u zien waar ik binnen het Erasmus MC voor sta. Hoe de afdeling Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie en Bijzondere Tandheelkunde, verder afgekort als MKA/BT, er voor staat en ik ontvouw de plannen voor de komende jaren. Laten we er niet omheen draaien: binnen het Erasmus MC is de MKA een apart specialisme: in tegenstelling tot alle medische specialismen is de MKA een tandheelkundig specialisme met een ander verwijspatroon en achterban, wat betreft opleiding een ander programma met een ander reglement. Voor sommigen een buitensporig lange vooropleiding met steeds dezelfde vraag vanuit medische kant waarom niet medisch, waarom zo nodig tandheelkundig? Ik geef daar straks antwoord op. Ons specialisme is niet georganiseerd via de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde maar via de Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Tandheelkunde, afgekort NMT, met ook een geheel andere besturing, organisatie en financiering. Dat de NMT niet koninklijk is wil niet bepaald zeggen dat we geen Koninklijke inhoud van werk hebben. Het tegendeel wordt u in deze openbare les duidelijk.

Een historisch besef: algemeen en Rotterdam specifiek

Eerst een historisch besef: ons specialisme is niet oud, al helemaal niet hier in Rotterdam. Enkele maanden terug begon de anatoom Gert-Jan Klein Rensink zijn oratie met een historisch overzicht in de 17^e eeuw. Ik begin in de 20^e eeuw.

In 1955 vestigde Hans Tolmeijer zich in Rotterdam uitsluitend voor “tandheelkundige chirurgie en chirurgische prothese”. Aanvankelijk waren zijn werkzaamheden geconcentreerd in twee zelfgekochte en verbouwde woonflats aan de Schiedamse Vest. Kort daarna opende het Eudokia ziekenhuis aan de Bergweg haar deuren voor hem. (afbeelding 1). Dat doet mij deugd omdat toevallig mijn eigen grootvader destijds directeur-geneesheer van dit ziekenhuis was. In 1966 startte Tolmeijer een polikliniek in het Academisch Ziekenhuis Rotterdam (afbeelding 2) en werd hij benoemd tot afdelingshoofd. Een stap van de periferie naar de academie.

De afdeling participeerde in de multidisciplinaire behandeling van schisis- en oncologie patiënten. In het zelfde jaar richtte hij met collega de Jong en van Andel de Maxillo-faciaal werkgroep op, later genoemd de Rotterdamse Werkgroep Hoofd-Halstumoren. In 1978 trad Tolmeijer terug als lector en afdelingshoofd. Kommer de Man volgde hem op en bleef dit tot 1999. Na een periode van twee jaar met Isaïc van der Waal als afdelingshoofd ad interim, nam Karel van der Wal het stokje over. Met de komst van mijn voorganger is een enorme impuls aan de afdeling gegeven: selecteren en uitbouwen van de staf, start van de opleiding, het structureren van de academische



Afbeelding 1: Eudokia ziekenhuis Rotterdam, rond 1920



Afbeelding 2: Dijkzicht ziekenhuis, 1960

taken. Ik kom straks te spreken waar onze afdeling nu staat, met nadruk op ons, want het is en voelt niet als mijn afdeling, het is een afdeling van de staf, van de AIOS en van de onderzoekers, van de polikliniek-medewerkers, en ook van het management. Om nou te zeggen een hele familie bij elkaar gaat wat ver, maar het werken op onze afdeling wordt alom gewaardeerd en dat moeten we zo houden! Ik ben ervan overtuigd dat de juiste keuze van je directe maten om je heen, de sfeer van de afdeling bepaalt en daarmee bijdraagt aan de kwaliteit van de geleverde zorg.

MKA en de Juiste Maat

Laat ik uitleggen wat ik bedoel met MKA en de juiste maat. Traditioneel zijn de specialismen werkzaam in het Hoofd/Hals gebied grotendeels gescheiden wat betreft zorg, opleiding, onderwijs en onderzoek. Maar ook gescheiden wat betreft organisatie/bestuur/wetenschappelijke vereniging, wijze van financiering en verzekering. Hoewel zeker patiënten naar ons komen met een specifiek MKA of bijvoorbeeld specifiek KNO probleem, en deze problemen per discipline het beste kunnen worden behandeld, zijn er tegelijk talloze patiënten met een multidisciplinair probleem. Meerdere specialismen zijn nodig om een behandeling te kunnen uitvoeren. Tegelijk is er een overlap tussen de specialismen wat betreft diagnostiek en behandeling van dezelfde ziekten/afwijkingen: uiteindelijk worden dezelfde ingrepen door meerdere specialismen uitgevoerd, hetgeen voor patiënten rommelig is. Naar wie moet de patiënt? Wie is de beste dokter?

Als afdeling participeren wij in diverse multidisciplinaire spreekuren, ik noem bijvoorbeeld de Rotterdamse Werkgroep voor Hoofd/Hals tumoren, schisiswerkgroep, het Craniofaciaal Centrum Nederland, het orbita-team en het OSAS-team.

De actualiteit is dat toegewijde professionals vanuit een aantal moederspecialismen werkzaam zijn in een werkgroep om zo bijvoorbeeld de oncologie- of de schisis patiënt optimaal te behandelen. Maar er zijn tegenstrijdige afdelingsbelangen die maken dat de professionals soms in een spagaat geraten; het is niet alleen zorg maar ook voor de andere taken worden resultaatsverplichtingen aangegaan. Het afdelingshoofd wenst dat zijn stafleden publiceren, dat zij onderzoekers begeleiden, dat zij management- en onderwijstaken uitvoeren en dat zij spreekuur doen voor derdelijns complexe zorg. Helaas de uren zijn beperkt. Ik zie voor de toekomst een situatie ontstaan waarbij de specialist vanuit het moederspecialisme voor een deel wordt geplaast bij één van deze werkgroepen, dus met fte, budget en mandaat. Het is mijn overtuiging dat je alleen dan de top behaalt. Uiteindelijk gaat het om de patiënt die niet naar de MKA-chirurg gaat, maar de patiënt gaat naar een Hoofd/Halschirurg of een schisis-chirurg. Voor de patiënt is dit veel duidelijker, minder rommelig: de schisis-chirurg doet schisis en daar ben ik dus aan het goede schisis-loket. Deze toekomstige maatvoering heeft consequenties voor de wijze waarop deelgebieden kunnen worden ingevuld. Daarmee komt de zorgvraag van de patiënt centraal te staan en niet de belangen van de deelspecialisten.

Herkenning van MKA/BT in het mateloos grote Erasmus MC

Als onderdeel van de Erasmus MC strategische visie Koers 013 is onze afdeling van Cluster 8 naar het Thema Hersenen/zintuigen verhuisd. In dit thema is onze afdeling gepositioneerd bij de afdelingen: KNO, oogheelkunde, neurologie, neurochirurgie, psychiatrie en pijnbehandelcentrum. Door deze opzet wordt de menselijke maat behouden in het grote UMC-gebouw. Met een voor ons zeer gastvrij ontvangst en uitstekende collegiale verhoudingen zie ik een rooskleurige toekomst. De gekozen maat van ons thema lijkt een handzame maat van regeren en besturen, en daarmee ook van onze afdeling. Juist voor een relatief kleine afdeling MKA/BT is een herkenbare identiteit in het mateloos grote Erasmus MC essentieel (afbeelding 3).



Afbeelding 3: Herkenning van het MKA/BT in het mateloos grote Erasmus MC

Patiëntenzorg

Ons werk moet gespitst zijn op het optimaliseren van zorg voor de patiënt. De patiënt wil snel en adequaat worden geholpen door een MKA-chirurg die uitstekend is opgeleid om de voor de patiënt bedoelde ingreep professioneel uit te voeren. Hij is aardig en communicatief, toont empathie, geeft een duidelijke en complete uitleg over de te volgen behandeling, informeert over mogelijke complicaties in het algemeen en zoals hij die zelf heeft gescoord in het bijzonder. Ik zeg hij maar de MKA-chirurg zal in de toekomst steeds vaker een zij zijn (afbeelding 4). Zij analyseert haar ingrepen en op de zwakke punten treedt zij corrigerend op. Zij volgt nascholingsactiviteiten. Zij zorgt dat haar spreekuur op tijd loopt, en zorgt ook dat de collega's waarmee zij werkt, de polikliniek medewerkers aardig en adequaat zijn. Ik bespreek bij het onderwerp opleiding hoe een MKA-chirurg kan worden geschoold tot dit profiel.

Grosso modo zijn er op onze afdeling drie belangrijke stromen patiënten te onderscheiden: H/H oncologie, trauma en aangeboren afwijkingen. Dit betreft grotendeels derdelijns zorg. Naast derdelijns zorg is het duidelijk de ambitie de tweedelijns zorg op onze afdeling te optimaliseren en goede relaties met onze verwijzers in de eerste lijn, tandartsen en huisartsen, te onderhouden. Deze sfeer is belangrijk omdat vooral de AIOS moeten begrijpen dat zij in de tweede lijn een onderdeel vormen van de keten en niet opereren vanuit de ivoren toren. Ook dat is maatvoering: weten waar je plaats is in de keten, de gehele keten kunnen overzien en weten welke behoeften er bestaan bij de patiënten en je directe collega's of maten.



Afbeelding 4

Financiering van patientenzorg

Maar eerst de financiering van de zorg. De belangen van de MKA-chirurgen zijn geregeld via de NMT, specifieker de specialisten onderhandelingscommissie voor de kaakchirurgie. Door constructief dialoog met overheidsinstellingen en zorgverzekeraars, stemt deze commissie haar beleid af. Actuele thema's zijn een kostendekkende financiering van de Hoofd/Hals oncologie, een juiste registratie en interpretatie van alle zorgactiviteiten en de landelijk veranderende financieringstructuur van de zorg per 1 januari 2012, waarbij het huidige systeem zou moeten worden verbeterd. Vooral de exacte toerekening van allerlei kosten aan bepaalde verrichtingen is voor de ziekenhuisorganisaties een hele uitdaging gebleken. Dat is van belang om een eerlijk en transparant systeem te krijgen. Uiteindelijk zou de zorg meer per verrichting, lees zorgactiviteit, moeten worden betaald en de financiering van de zorg minder in vaste budgetten moeten zitten.

Zo verscheen in het "Medisch Contact" van februari dit jaar een artikel van Bas Leerink, lid Raad van Bestuur Menzis Zorgverzekeraar getiteld: "Weg met de budgetten in de zorg". In dit artikel pleit een belangrijke verzekeraar voor meer marktwerking in de zorg. Door budgettering, dat wil zeggen een vast bedrag per tijdseenheid zonder prikkel, krijgen nieuwe initiatieven in de zorg geen kans. Hij stelt dat al die budgetten in de zorg niet bijdragen aan kostenbeheersing. We staan aan de vooravond om de zorgactiviteiten van alle MKA-chirurgen aan een overheidsinstelling aan te leveren. Zo krijgen we een goed beeld wat er in MKA land gebeurt. De NMT is ook een groot voorstander betaald te worden voor geleverde zorgprestatie, dus geen vastomlijnde budgetten maar productfinanciering, maar wel met een eerlijke en volledige registratie van gegevens. Datgene wat je doet wordt afgerekend. Historisch tot stand gekomen budgetten staan nieuwe technische en beleidsmatige ontwikkelingen, vooral in de academische wereld met 3^e lijns complexe zorg, mateloos in de weg.

Deelgebieden van de MKA

Met plezier vertel ik over mijn vak; ik verwijs daarbij naar het overzicht van de landelijke ontwikkelgroep onder aanvoering van Lambert de Bont. Deze groep werkt momenteel hard aan de bouw van een nieuw programma en vorm van opleiden tot de MKA-chirurg. Het werkgebied wordt met 17 thema's vorm gegeven (Tabel 1). Onmogelijk kan ik alle thema's hier nu bespreken, ik zal op een paar ingaan zonder die thema's die ik geen aandacht geef, minder belangrijk te achten.

Thema's	
1	Diagnostiek
2.1	Mondziekten: Oral Medicine, inclusief speekselklierpathologie
2.2	Mondziekten: Orale Pathologie
3	Peri-operatieve zorg
4	Anesthesiologie en Intensive Care
5	Pijn en pijnbestrijding
6	Dento-alveolaire chirurgie
7	Ontstekingen en Infecties
8	Goedaardige gezwellen en cysten
9	Traumatologie
10	Orthognatische chirurgie
11	Preprothetische chirurgie en Implantologie
12	Kaakgewrichten
13	Oncologie
14	Reconstructieve chirurgie
15	Schisis en craniofaciale aandoeningen
16	Dermatochirurgie en esthetische chirurgie
17	Wetenschappelijke vorming

Tabel 1: Alle thema's van het specialisme MKA.

Diagnostiek

De MKA-chirurg is in staat vrijwel alle afwijkingen van ons werkterrein te diagnosticeren door middel van fysische diagnostiek (zeg maar alleen kijken en voelen) en röntgenonderzoek. De mogelijkheden met CT, MRI, en verder de diagnostiek met histopathologisch, microbiologisch en laboratoriumonderzoek zijn gigantisch. Meer diagnostiek wil niet zeggen dat de patiënt daar direct beter van wordt! Houdt



Afbeelding 5: Diagnostiek



Afbeelding 6: Boven: Cone beam CT, zittend. Onder: Conventionele CT, liggend

een juiste maat met het klakkeloos aanvragen van onderzoek. Even terug naar de fysische diagnostiek: meer dan een lamp, een houten spatel, een paar handschoenen en 20 seconden is niet nodig om goed mondonderzoek uit te voeren (afbeelding 5). Dat leerde ik al als tandheelkunde student in het tweede jaar van Prof Egyedi in Utrecht. Hij vervloekte degene die niet de moeite nam om bij de patiënt de gebitsprothese uit te nemen om de slijmvliezen goed te inspecteren. Sommige colleges staan op je netvlies.

Met betrekking tot de aanvullende radiodiagnostiek zijn de ontwikkelingen rond de Conebeam CT stormachtig (afbeelding 6). Met een Conebeam CT wordt een lagere stralingsdosis gebruikt dan met een conventionele CT. De Conebeam CT opname wordt

zittend gemaakt; bij de conventionele CT ligt de patiënt. De conventionele CT 's staan op de afdeling radiologie, terwijl veel MKA afdelingen inmiddels een Conebeam CT apparaat op de eigen polikliniek hebben staan.

Het ligt voor de hand dat de beschikbaarheid van CT faciliteiten op de eigen afdeling vooral praktisch is voor patiëntenzorg. Tegelijk is een kritische houding gewenst ten aanzien van de toepassing van Conebeam CT. Helaas ontbreekt het veelal nog aan wetenschappelijk bewijs dat de patiënt er echt beter van wordt als voor de ingreep de aanvullende Conebeam CT is vervaardigd. Meer onderzoek is nodig om dit te onderbouwen. Ik ben een groot voorstander van meer scholing en ervaring voor het verantwoord toepassen van de Conebeam CT. Het deskundigheidsniveau en het gezamenlijk optrekken met de afdeling radiologie/klinische fysica zijn logische randvoorwaarden.

Dentoalveolaire chirurgie inclusief het focusonderzoek

De dento-alveolaire chirurgie bestaat uit de diagnostiek en behandeling van geïmpacteerde of gereteneerde gebitselementen, behandeling van ontstekingen, beperkte voornamelijk poliklinische ingrepen aan de weke delen in en rond de mondholte, eigenlijk de kleine MKA-chirurgie (afbeelding 7). Maar vergis u niet. Minor surgery is not only for the minor. Dit is de basis voor ons specialisme. Een gemiddelde MKA praktijk bestaat voor een belangrijk deel hier uit en derhalve dient de opleiding daarop te zijn afgestemd.



Afbeelding 7: U kijkt hier in de mond bij een patiënt die sinds een paar weken pijn heeft omdat het slijmvlies rondom de verstandskies ontstoken is; de verstandskies ligt half onder het slijmvlies en omdat de patiënt de ruimte niet goed kan reinigen ontstaat er een ontsteking. Met een poliklinische behandeling wordt de kies chirurgisch verwijderd. Dit soort behandelingen geven onze beroepsgroep nogal eens niet de allerbeste pers, maar andersom als patiënten hiermee van de pijn worden verlost, dan zijn ze wel degelijk dankbaar.

Het focusonderzoek sluit nauw aan bij de dento-alveolaire chirurgie. Een dentogeen focus kan omschreven worden als een ontstekingshaard in het gebit, de kaken of van de slijmvliezen. Deze ontstekingen kunnen leiden tot problemen in en rond de mond of leiden tot lichamelijke ziekten. Dit onderzoek vindt plaats bij patiënten waarvan de gebitssituatie van belang wordt geacht voor de nog uit te voeren medische behandeling, bijvoorbeeld bij patiënten die worden voorbereid op een transplantatie en bij patiënten die in aanmerking komen voor radiotherapie in het Hoofd/Hals gebied. Met dit onderzoek worden eventuele afwijkingen en ontstekingen vastgesteld en verwijderd, alvorens de patiënt de volgende fase ingaat.

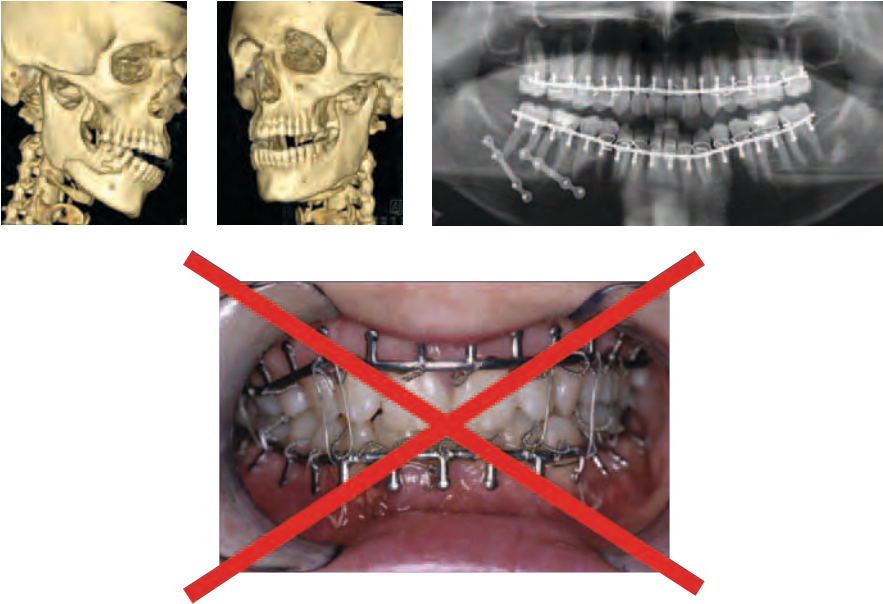
Een andere groep patiënten die consequent op dentogene foci zou moeten worden gescreend is de groep die bepaalde bisfosfonaten krijgt. Bisfosfonaten worden gegeven ter voorkoming van botontkalking en bij de behandeling van ziekte van Kahler, zogenaamde kwaadaardige ziekte van plasmacellen. Maar langdurig gebruik van bepaalde bisfosfonaten in hoge dosering verhoogt de kans op het ontwikkelen van necrose (afsterven) van het kaakbot (afbeelding 8). De botnecrose treedt vooral op bij sluimerende ontstekingen van het gebit en bijvoorbeeld bij drukplaatsen van een gebitsprothese. Inmiddels hebben we contact gelegd met de afdeling Hematologie om bepaalde patiënten te gaan screenen op dentogene foci. Met deze screening zal naar verwachting het aantal complicaties gaan dalen.



Afbeelding 8: Necrotisch kaakbot in de onderkaak rechts bij gebruik van bisfosfonaten. U kijkt hier naar een blootliggend deel necrotisch kaakbot in de onderkaak rechts bij een patiënt die al jaren bisfosfonaten gebruikte. De behandeling bestaat uit het verwijderen van het betreffende deel kaak. Hierna geneest het slijmvlies weer.

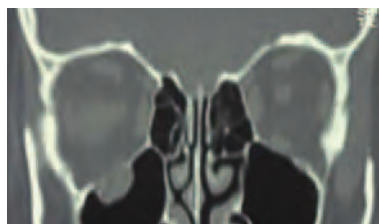
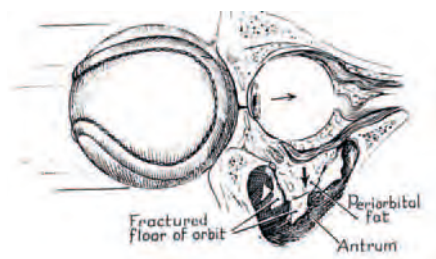
Traumatologie inclusief de orbitachirurgie

Nederland kent een uitgebreid traumazorg netwerk. Elf ziekenhuizen verspreid door Nederland hebben ieder een traumacentrum, waaronder het Traumacentrum Zuid West Nederland hier in het Erasmus MC. Bij een gelaatstrauma kunnen letsels ontstaan van het gebit, de weke delen, en delen van het aangezichtskelet. De diagnostiek en behandeling van een patiënt met een uitgebreid gelaatstrauma is multidisciplinair. De traumatologie van het gezicht is door de MKA-chirurg vooral ontwikkeld vanwege de tandheelkundige achtergrond. De Bijzondere Tandheelkunde vormt een wezenlijk onderdeel in het herstel van traumatisch beschadigd gebit.



Afbeelding 9: Een 24-jarige voetballer krijgt stoot van elleboog. Daarbij is de kaak op aan de rechter zijde gebroken. Als gevolg passen de tanden en keizen niet meer op elkaar, en kan hij niet meer goed kauwen. Door middel van kleine titaniumplaatjes worden de botdelen weer aan elkaar vastgemaakt. Snel na de operatie kan de patiënt weer functioneren: de mond gaat open en matig kauwen is geoorloofd. Het gedurende enkele weken kiezen op elkaar zetten met ijzerdraad is echt verleden tijd.

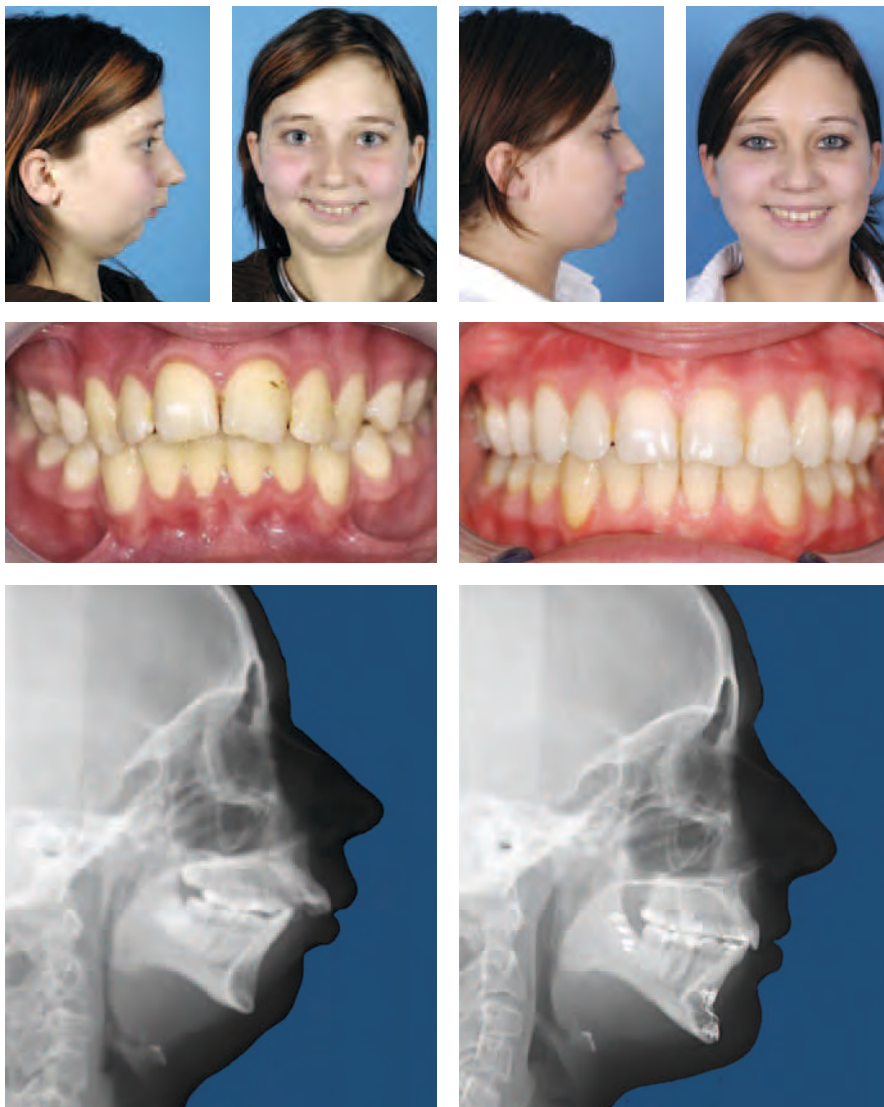
Hier in Rotterdam is al jaren veel expertise op het gebied van de traumatologie van de orbita, de oogkas, mede dankzij de onderliggende constructieve samenwerking tussen de oogartsen van het Oogziekenhuis Rotterdam en die van het ErasmusMC en onze afdeling. Die expertise bevat ook de behandeling van andere ziekten/aandoeningen van de "Orbita". Met het inmiddels opgerichte "Orbitacentrum Rotterdam" wordt de bestaande samenwerking voor verwijzers en patiënten zichtbaar. Het doel van dit Centrum is het intensiveren en optimaliseren van klinische samenwerking tussen de betrokken specialismen. Ik zie veel mogelijkheden, nationaal en internationaal, voor deze enthousiaste groep specialisten.



Afbeelding 10: Orbita chirurgie. U ziet hier een 12-jarige patiënt met breuk in de bodem van de oogkas rechts. Als gevolg van inklemming van kleine spieren waarmee de oogbol wordt bewogen kan het rechter oog niet meebewegen en treden dubbelbeelden op. U ziet dat het linker oog wel normaal kan bewegen. Door middel van een operatie kan het spiertje worden bevrijd en de bodem met lichaamseigen bot van bijvoorbeeld de bekkenkam worden hersteld.

Orthognatische chirurgie

De orthognatische chirurgie is, letterlijk uit Grieks vertaald, de chirurgie van de rechte kaak. Wanneer een kaak niet recht is en er een duidelijke behandelwens en medische indicatie is, dan is de orthodontische - chirurgische behandeling erop gericht om dit te corrigeren. Een goede samenwerking met de orthodontist is een voorwaarde voor het slagen van deze behandeling.



Afbeelding 11: U ziet hier een 18-jarige patiënte waarbij sprake was van een overbeet, de orthodontist zet met een beugelbehandeling de tanden en kiezen fraai op een lijn, waarna met chirurgie de kaak wordt verlengd. Bij deze patiënte is tegelijk de kin verlengd, waardoor een beter profiel is ontstaan.

Met de recent op onze afdeling operationeel geworden toepassing van software om dit soort operaties voorspelbaar te plannen, kunnen we wat betreft opleiding en onderzoek een aansluiting vinden bij andere centra, die hierin echt verder zijn dan wij. Ik kijk naar onze collega Stefaan Berge, die dit voortreffelijk in Nijmegen van de grond heeft gekregen. Maar tegelijk is er binnen onze afdeling in mensen en middelen geïnvesteerd om deze kwaliteitsslag te maken. In de recente jaren is samen met de afdeling radiologie al uitstekend onderzoek opgezet met door onszelf ontwikkelde software. Ik kijk met plezier terug op het proefschrift van Erik Nout.

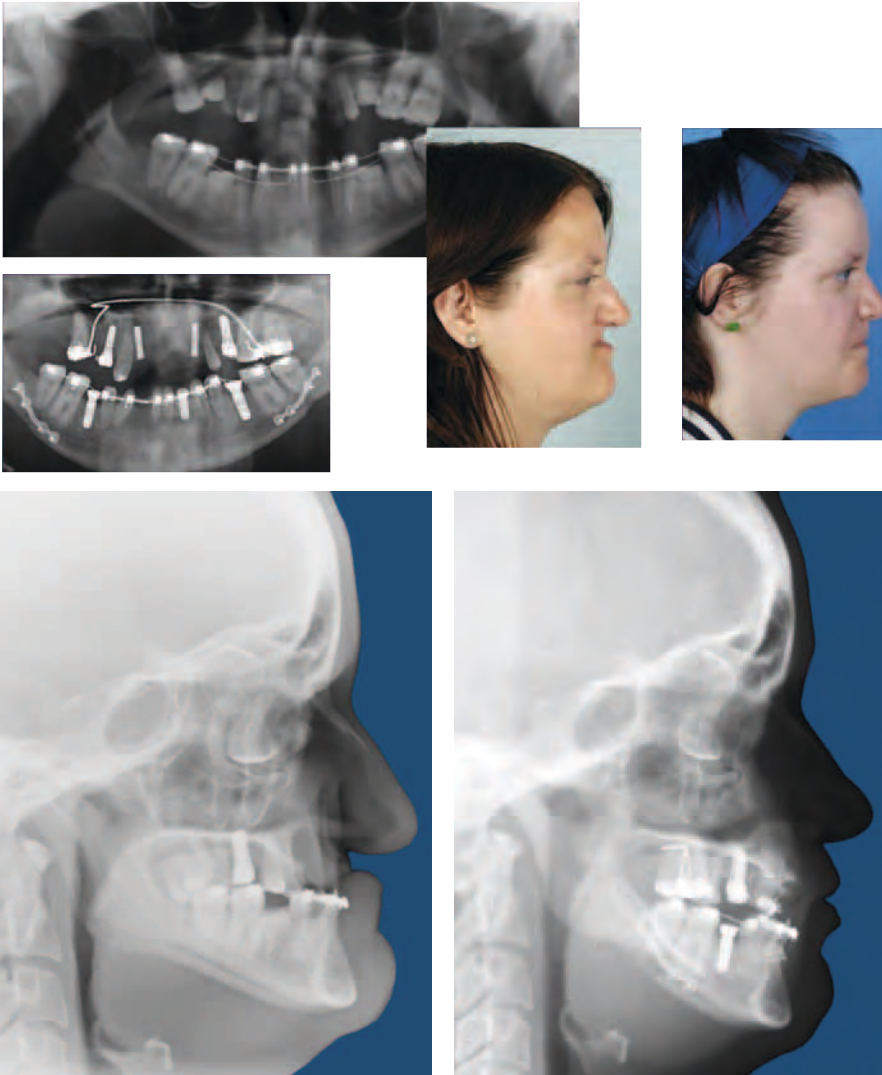
De pre-prothetische chirurgie en implantologie

Bij verlies van een tand en/of kies kan een tandheelkundig implantaat, oftewel kunstwortel, worden geplaatst ter vervanging van dit gebitselement. Bij verlies van het gehele gebit kan de loszittende prothese worden verankerd met implantaten. De pre-implantologische chirurgie richt zich op het verkrijgen van voldoende botmassa teneinde de implantaten ideaal te kunnen plaatsen. De ontwikkeling van implantaatproducten, kroon- en opbouwmaterialen en de ontwikkeling van chirurgische producten gericht op meer botmassa mag gerust stormachtig worden genoemd.



Afbeelding 12: Bone level implant positie 12. Bij deze patiënt is het resultaat van een kunstkroon op een implantaat tand nummer 12 zodanig dat voor zelfs een geoefende oog een kunst- van natuurlijke tand niet meer is te onderscheiden.

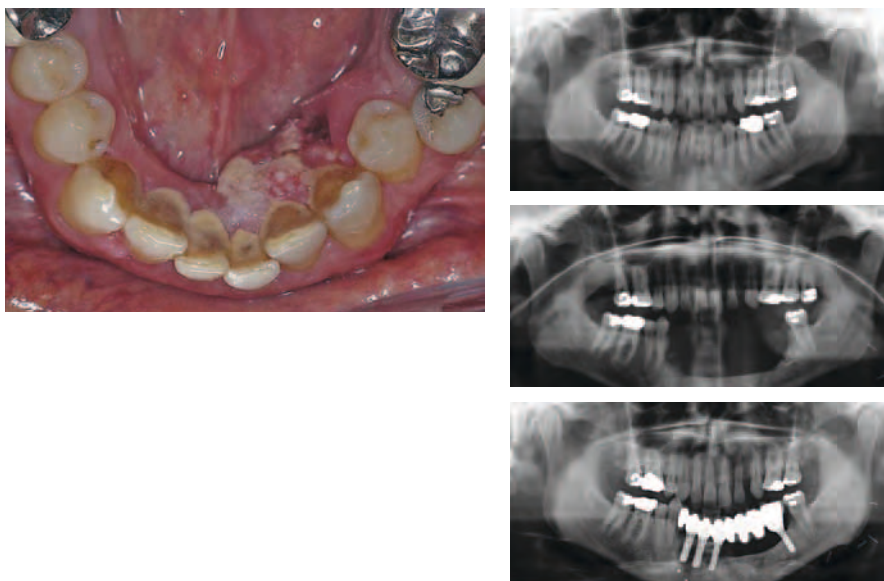
Een andere implantologische uitdaging is de groep van oligodonten: dit zijn de patiënten waarbij 6 of meer gebitselementen niet zijn aangelegd. Deze stoornis gaat vaak gepaard met een onderontwikkeling van de kaken; bovendien worden geregeld nog bijkomende aangeboren afwijkingen geconstateerd.



Afbeelding 13: Hier ziet u een 22-jarige patiënt met het syndroom van Rieger met oogafwijkingen en het niet aangelegd zijn van vele blijvende gebitselementen in combinatie met sterke onderontwikkeling van de bovenkaak. Door gecombineerde orthodontische-chirurgische behandeling is de bovenkaak inclusief het gebit sterk naar voren in de goede stand gezet. U ziet het effect van de bovenkaak verplaatsing op het profiel. Hierna volgt een traject van botopbouw, implantaten en kronen.

De Hoofd/Hals-oncologie

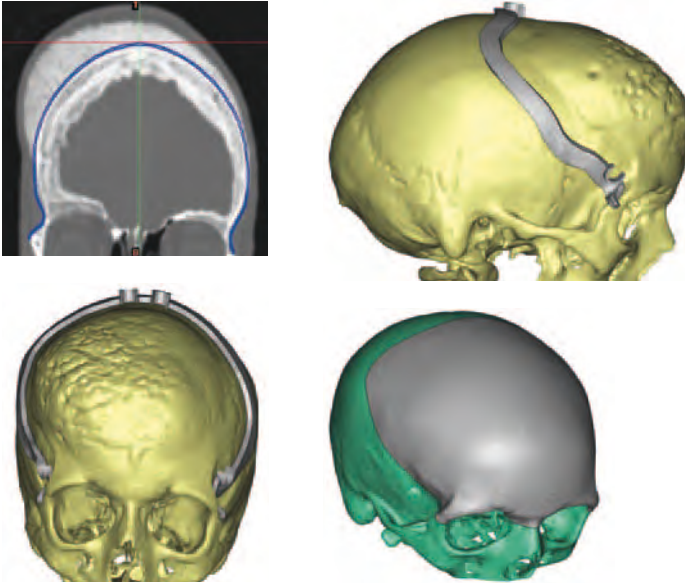
Van alle deelgebieden loopt de Hoofd/hals oncologie in Nederland voorop op het gebied van concentratie van zorg met als doel om complexe ziekten door super gespecialiseerde teams te laten behandelen. Deze zorg vindt plaats volgens wetenschappelijk tot stand gekomen richtlijnen. De Nederlandse Werkgroep voor Hoofd/Hals tumoren is op het terrein van richtlijnontwikkeling en implementatie ver. Dat hebben ze uitstekend gedaan. Hier in Rotterdam is “De Rotterdamse Werkgroep voor hoofd/Hals tumoren” (RWHHT) van grote omvang, bestaande uit KNO-artsen, MKA-chirurgen, plastisch chirurgen, dermatologen, radiotherapeuten, radiodiagnosten en internist oncologen. Daarnaast wordt de werkgroep ondersteund door tal van andere disciplines en vanuit onze afdeling door MFP-tandartsen en techniekers en mondhygiënisten Een paar kerncijfers: adherentiegebied: 3,5 miljoen mensen, jaarlijks ongeveer 550 nieuwe gevallen. Dat genereert veel werk.



Afbeelding 14: Hier ziet u bij een 53-jarige man een kwaadaardig gezwel van de kaakwal in de onderkaak voorin. Na diagnostiek waarbij naar uitzaaiingen wordt gezocht, wordt in de werkgroep besproken welke behandeling voor deze patiënt wordt gekozen: vaak is dit een combinatie van een operatie en bestraling. Met een ingrijpende operatie wordt het gezwel (inclusief kaakdeel en tanden) en de lokale uitzaaiingen verwijderd. Na reconstructie kunnen in de nieuwe kaak implantaten worden geplaatst voor houvast van een brug. Op deze wijze wordt een functioneel en esthetisch goed resultaat behaald.

De reconstructieve chirurgie

Als gevolg van tumoroperaties of aangezichtsletsels kunnen er afwijkingen in het gezicht inclusief de mond en de kaken optreden. Door reconstructieve ingrepen kunnen de defecten worden opgevuld en zo mogelijk wordt de functie hersteld. Dit gebeurt met bot- en huidtransplantaties, en met implantaten in kaak- en aangezichtsbot voor houvast van gebits- en gelaatsprotheses. Onze afdeling werkt in de reconstructieve chirurgie samen met de collega's van de KNO, Neurochirurgie, Plastische Chirurgie en Oogheelkunde.



Afbeelding 15: Sommige patiënten missen door een tumoroperatie of een ongeval een deel van het schedeldakbot. Bij deze patiënten kan een Titanium schedelimplantaat als een vervangende deksel over het brein worden aangebracht. Dit schedelimplantaat is speciaal met behulp van een CT-scan en computer planningsprogramma vervaardigd.

Deze 41-jarige vrouw heeft een meningeoom ter plaatse van het voorhoofd, dit is een goedaardige tumor van het hersenvlies, waarbij in dit geval het bot van het voorhoofd grotendeels is aangetast. Bij de operatie wordt de tumor inclusief aangetaste bot verwijderd. Door middel van CT analyse is een virtuele reconstructieplaat gemaakt, die vervolgens 1 op 1 wordt vertaald naar de kliniek. Door middel van een boormal kon de begrenzing van de tumoroperatie duidelijk worden aangegeven. De voor de operatie gemaakte titaniumplaat paste perfect.

Schisis en craniofaciale zorg

De meest voorkomende aangeboren afwijking van het gezicht is schisis, in de volksmond hazelip. De zwangerschapsecho bij 20 weken kan de enkel- of dubbelzijdige spleet van de bovenlip in beeld brengen.



Afbeelding 16: Hier ziet u een 3D echo bij 20 weken met een enkelzijdige schisis rechts en hetzelfde kindje vlak na de geboorte. Er zijn ouders die op grond van deze 2^e termijn echo met een gevisualiseerde schisis besluiten tot het afbreken van de zwangerschap. Momenteel vindt er onderzoek plaats of dit in Nederland de verklaring is voor de al enige jaren vertoonde daling van schisis.

15:01:14 maandag 5 augustus 2011

WEER VIDEO FOTO

Trouw.nl

Nieuws **Opinie** Groen Religie & filosofie **Schrijf**

Nederland Buitenland Politiek Economie Sport Cultuur G

'Kind met schisis is niet zielig'

Nicole Lötters - 05/08/11 09:40

Sinds 2007 krijgt ieder vrouw die dat wil een 20-weeken-echo, om zich te laten screenen op afwijkingen. De screenings hebben geleid tot meer abortussen, maar ook tot betere zorg bij aandoeningen als bijvoorbeeld een schisis.

'Mijn vriend heeft het ook. Het zit bij hem in de familie. We wisten dat er vijf procent kans was dat ons kind ook een schisis had. Maar toen we voor de 20-weeken-echo kwamen ging ik er toch van uit dat we bij die andere 95 procent zouden horen. Dat bleek niet zo te zijn. Ik was echt helemaal van slag.'



(Trouw)

Meer op Nieuws

Opmaat

Afbeelding 17

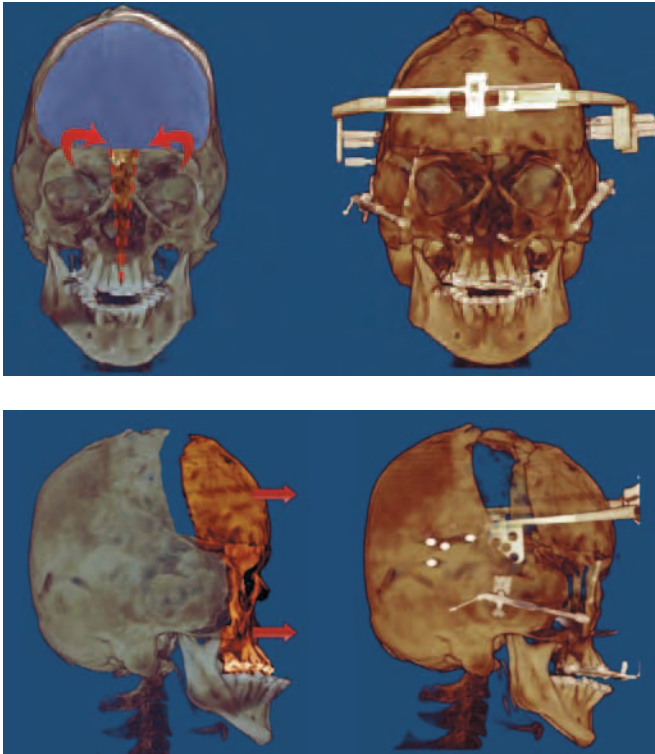
Er ligt een enorme uitdaging voor de leden van de schisisteams om aan ouders met positieve echo uitslag voor schisis uit te leggen dat deze afwijking heel goed met het leven verenigbaar is (afbeelding 17). Beleidsmatig zal de daling van de incidentie schisis in Nederland al in de nabije toekomst consequenties hebben voor hoe de zorg moet worden ingericht. Het kan niet zo zijn dat de 15 schisiscentra blijven bestaan. Er zijn nu al te weinig patiënten om binnen elk centrum een bepaald quotum te halen. Al jaren wordt er geroepen dat de maatvoering van deze zorg anders moet, maar specialisten bewegen maar mondjesmaat of liever niet. De Inspectie voor de Gezondheidszorg gaat ervan uit dat bij hoogcomplexen en laagfrequente zorg een minimum aantal van 20 ingrepen per chirurg per jaar wordt gehaald. Dat minimum aantal is belangrijk om resultaten te kunnen evalueren, om chirurgen ervaring te geven en zo de complicaties te minimaliseren. Dat is een maatvoering die consequent naar andere typen diagnoses en ingrepen kunt extrapoleren met hetzelfde karakter van hoogcomplex en laag frequent. Maar het is evident dat de zorgverleners zelf het initiatief moeten nemen met concentratie van zorg en niet moeten wachten totdat de overheid of zorgverzekeraar hen hiertoe dwingt.

De overige aangeboren afwijkingen van de schedel en het aangezicht worden geduid als craniofaciale afwijkingen. Dit is eigenlijk een bonte verzameling van zeldzame afwijkingen, deels eenvoudig van aard maar deels ook zeer complex van aard. Al vroeg na de geboorte kunnen ernstige functionele afwijkingen ontstaan en is vroege medische interventie noodzakelijk. Zo kan een onderontwikkeling van kaken inclusief oogkassen onderdeel zijn van een complexe aangeboren afwijkingen.

Ik geef twee voorbeelden:



Afbeelding 18: een 15-jarige patiënt met onderontwikkeling van de onderkaak links waardoor ook een groeiachterstand optrad van de onderkaak aan de rechter zijde en van de bovenkaak. Hierdoor ontstaat een scheef gezicht. Door middel van een operatie en distractie (het geleidelijk uit elkaar trekken van de twee botdelen) kan de grote afstand worden overbrugd en worden de kaken en het gebit in de goede stand gezet. Het gezicht wordt meer symmetrisch.



Afbeelding 19: Een 21-jarige patiënt heeft het syndroom van Apert met onderontwikkeling van het middengezicht, ver uit elkaar staande oogkassen en vroege sluiting van de schedelnaden met als gevolg een te kleine ruimte voor het brein. Bij hem is een facial bipartition distraction door team van MKA chirurg, plastisch chirurg en neurochirurg uitgevoerd. Eerst wordt door de neurochirurg het voorste deel van het schedeldak (voorhoofd) verwijderd. Zo wordt toegang tot het bovenste deel van de oogkassen en neus verkregen. Het hele blok bestaande uit oogkassen, jukbeenderen, neus en bovenkaak wordt losgemaakt. Een wig tussen de oogkassen wordt verwijderd, de oogkassen worden naar elkaar toe gezet, het voorhoofd wordt teruggeplaatst en vervolgens worden het middengezicht inclusief oogkassen en voorhoofd geleidelijk naar voren getrokken. U ziet het frame aan de buitenzijde van het hoofd waarmee wordt getrokken, tegelijk ziet u interne schroefmechanisme waarmee wordt geduwd. Dit soort operaties geeft doorgaans forse veranderingen van het gezicht. In dit geval verandert het gezicht van hoog en hol naar relatief breed en bol, u ziet het effect van de botverplaatsing op de verandering van de weke delen en dus de contouren van het gezicht.

MKA: tandheelkundig of medisch?

Voor inschrijving in het MKA register zijn beide vooropleidingen tandheelkunde en geneeskunde noodzakelijk, maar de MKA blijft een tandheelkundig specialisme. Waarom?

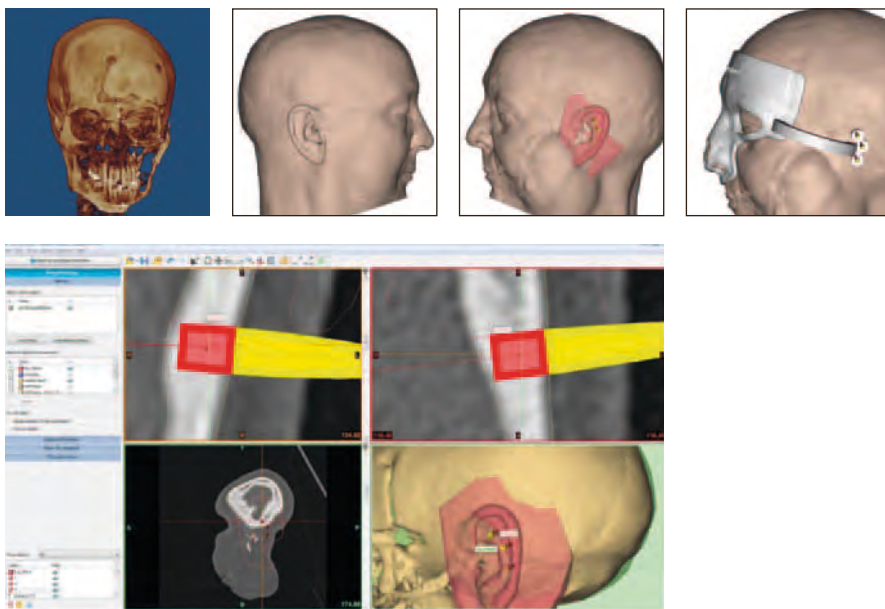
1) Patiënten voor de MKA- chirurg worden grotendeels verwezen door de tandarts in de eerste lijn. Immers de ziekteprocessen en te behandelen afwijkingen zijn vaak aan het gebit en de slijmvliezen gerelateerd en door de tandarts als regisseur in de mondzorg vastgesteld. Gelukkig wordt al wel bij huisartsen meer en meer duidelijk welke patiënten naar ons kunnen worden verwezen. 2) De organisatie en het bestuur, kijkend naar de beroepsbelangen van de MKA zijn geregeld via de NMT en niet via de medische tegenhanger. 3) De tariefstructuur van de MKA is anders dan de medische; geen DBC's, geen bomen of DOT's maar een ander systeem, 4) Het onderzoek en onderwijs in de MKA zijn wetenschappelijk gezien vaak geënt op tandheelkundige thema's. Binnen het onderwijs van de tandheelkunde opleiding is er structureel aandacht voor de MKA. 5) Terwijl in een aantal Europese landen de beroepsgroep is gesplitst in een deel dichtbij de tandheelkunde en een deel dichtbij de geneeskunde, is dit onwenselijk voor ons kleine land met een beperkt aantal MKA-chirurgen. Splitsing brengt de gehele groep niet verder.

Inmiddels is na een uitvoerige interne discussie in de afgelopen jaren het standpunt van de Nederlandse vereniging van MKA (NVMKA) glashelder: de verankering is in de tandheelkunde. Als opleiders zullen we samen met de leden en het bestuur van de NVMKA de handen ineen moeten slaan om de recente ontwikkelingen omtrent moeizame financiering van een tweede Bachelors/Masters te overwinnen; laten we optreden als maten. Dit mag geen bedreiging voor ons specialisme vormen.

Opleiding

Op onze afdeling zijn er vijf typen opleidingen: 1) de Assistent in opleiding tot Specialist (AIOS), 2) de opleiding tot kaakchirurg-oncoloog, 3) de opleiding tot maxillofaciaal prothetist 4) de opleiding tot maxillofaciaal techniker, en sinds kort 5) de opleiding van polikliniek-assisterende tot assisterende op de OK.

1. Dit najaar zal de opleiding tot maxillofaciaal prothetist voor het eerst hier in Rotterdam van start gegaan. Door een constructieve samenwerking met het Centrum Bijzondere Tandheelkunde Rijnmond is dit gezamenlijke idee tot een op maat gesneden opleiding gegroeid. De MFP tandarts is van grote waarde bij de tandheelkundige behandeling van de oncologie/schisis/trauma patiënt. In haar kielzog is een opleidingstraject voor Joan Saridin uitgezet; zij volgt de opleiding Maxillofaciale techniek via een modulair systeem aan het King's College Dental School London. Om een idee te krijgen wat zij doet:





Afbeelding 20 en 21: Een 45 jarige vrouw met een niet ontwikkelde kaak en oor links. Al 20 jaar terug heeft zij een reconstructie van de onderkaak links ondergaan en is een weke delen opbouw met weefsel van de buik uitgevoerd. Alsnog wenst zij een kunstoor links. Overigens is zij kaal vanwege een bijwerking van een medicijn in het verleden. U ziet dat het rechter oor wordt gespiegeld naar links en met planningssoftware wordt gekeken naar de ideale positie van de implantaten rekening houdend met de beschikbaarheid van bot om dat implantaat in te kunnen plaatsen. Uiteindelijk wordt door de MFP techniek een boormal gemaakt en gepast; terwijl de patiënte in narcose is worden de korte implantaten door de chirurg geplaatst. Tegelijk vindt er correctie van teveel weefsel van de wang plaats en wordt zij tandheelkundig gerehabiliteerd.

De AIOS MKA

Onze afdeling verzorgt de opleiding van zes AIOS MKA en gaat per 2013 naar in totaal 7 AIOS. Ik wil uiteindelijk doorgroeien naar 8 AIOS. Er moet op onze afdeling een evenwichtige verdeling zijn tussen exposure aan patiëntenzorg, beschikbare staf en faciliteiten. Een AIOS heeft er niets aan ergens in opleiding te zijn zonder exposure en matige of geen begeleiding, overigens laat straks het nieuwe opleidingsplan dit ook niet toe. Traditioneel loopt de wijze, het programma en de structuur van de MKA AIOS achter op dat van de medische AIOS. Dat is op zich niet erg, omdat wij ook van hun pionierswerk kunnen en moeten leren. In de MKA-chirurgie wordt momenteel gewerkt aan het nieuwe opleidingsplan. Dit wordt een plan gericht op alle 7 competenties, ofwel bekwaamheden, die voor alle aandachtsgebieden zijn beschreven. Deze competenties zijn: medisch handelen, communicatie, samenwerking, organisatie, maatschappelijk handelen, kennis en wetenschap, en professionaliteit. Al die competenties per aandachtsgebied moeten worden getraind en getoetst. Elk jaar wordt een aantal verschillende feedback- en toetsingsformulieren verzameld waardoor een veelzijdig en volledig beeld van de AIOS wordt geschetst.

De consequentie van deze nieuwe manier van opleiden kan leiden tot een forse administratieve rompslomp. In 2010 verscheen in het Medisch Contact een artikel van Robert-Jan Stolker, getiteld: "Competenties moet je leren, niet afvinken". Hier wordt gesteld dat bij de invoering van het competentiegericht opleiden dit kan uitmonden in het overmatig gedetailleerd structureren van de opleiding met een onwenselijke en onnodige bureaucratisering tot gevolg. Daarmee wordt het doel, namelijk een AIOS goed opleiden, verloren. De opleidingseisen moeten voldoende globaal zijn maar het portfolio slank. Ook daarin wordt maatwerk geleverd. De opleidingswerkvloer moet eerst maar eens wat ervaring opdoen met de straks gereedgekomen opleidingsplannen.

Er zijn nog twee opleidingen binnen onze afdeling.

Opleiding tot Kaakchirurg-oncoloog. Na de opleiding tot MKA-chirurg kan deze in een twee jarig traject worden geschoold tot specialist in de Hoofd/Hals oncologie. Onze afdeling trekt natuurlijk hierin nauw op met de samenwerkende afdelingen van de Hoofd/Hals oncologie.

Opleiding tot OK-assisterende. Onze afdeling is gestart met de aanvullende opleiding van polikliniekassistente tot assisterende voor de operatiekamer. Verantwoorde substitutie is naar mijn stellige overtuiging het antwoord op schaarste aan mensen in de zorg. Er is een groot tekort aan OK-verpleegkundigen. Dat betekent niet dat hoog opgeleide OK-verpleegkundigen niet meer nodig zijn. Nee, juist deze professionals moeten zich concentreren op hoogwaardige operaties. Dit is win-win: de polikliniekassisterenden krijgen een meer veelzijdige baan met afwisseling van poli en OK. OK-verpleegkundigen krijgen meer inhoud van het werk. En tenslotte, wij kunnen wachtlijst-patiënten sneller behandelen door meer beschikbare OK-tijd.

Onderwijs

Het onderwijs van de afdeling MKA/BT betreft de volgende groepen: geneeskunde studenten van Erasmus MC, tandheelkunde studenten van de ACTA Amsterdam en onderwijs in de vorm van nascholingsactiviteiten voor specialisten.

Dit jaar wordt voor het tweede op één volgende jaar het Minor Hoofdzaken van het Hoofd/Hals gebied georganiseerd. De organisatie vindt plaats door de samenwerkende disciplines in het Hoofd/Hals gebied. Dit onderwijs behelst een keuzeonderwijs van 10 weken aan derdejaars Bachelors studenten. Voor veel studenten de eerste kennismaking met chirurgische vakken en met het brede spectrum van pathologie in het complexe Hoofd/Hals gebied. Dit is een uitgelezen eerste kans voor deze studenten om met ons MKA-specialisme kennis te maken.

Sinds begin dit jaar volgen in een continue nieuwe stroom ook studenten Tandheelkunde van de ACTA het Masters onderwijs MKA bij ons in Rotterdam. Een geweldige kruisbestuiving tussen de groepen Tandheelkunde enerzijds en Geneeskunde anderzijds. Als goede maten wordt van elkaar geleerd.

Samen met Jan de Lange van het AMC geef ik sinds 2008 nieuw energie aan de AO-CMF activiteiten hier in Nederland. AO staat voor Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen, het staat voor het grootste wereldwijde netwerk van breed scala aan chirurgen dat zich toelegt op vraagstukken van botgenezing en behandeling van botbreuken. Deze van oorsprong Zwitsers organisatie bestaat al sinds ongeveer de jaren '50 van de vorige eeuw en ik ben vereerd dat Chris van der Werken, past president AO, hier aanwezig is. Het onderdeel AO-CMF richt zich op de educatie rondom trauma en reconstructie in het hoofd/hals gebied en is in die zin ook multidisciplinair. In januari jl. organiseerden we in het Skills-lab van ons ErasmusMC een AO hands-on cadaver cursus waar met hulp van industriële partners een internationale cursus kon worden gegeven omtrent trauma van de oogkas en de onderkaak. Ook voor 2012 staat deze cursus weer op het programma.

Een belangrijk ander netwerk is dat van de ITI, International team of Oral Implantology. Ook weer een indrukwekkende wereldwijde organisatie met een Nederlandse delegatie onder aanvoering van Chris Ten Bruggekate. Via deze organisatie worden vele nascholingsactiviteiten georganiseerd. Ook met de ITI starten we binnenkort hier in het Erasmus met een hands-on cadaver pre-implantologische cursus.

Onderzoek

Klinisch. Het klinisch onderzoek van onze afdeling richt zich op de drie al eerder genoemde grote patiënten stromen:

- 1) schisis en craniofaciale afwijkingen,
- 2) trauma van het aangezicht, en
- 3) Hoofd/Hals tumoren.

Momenteel loopt de lijn van de eerste categorie voorop kijkend naar het absoluut aantal promoties dat is opgestart. Onze afdeling werkt op het terrein van de craniofaciale afwijkingen nauw samen met de afdeling PLCH, vooral dankzij Irene Mathijssen; zij heeft in de afgelopen jaren hard aan het CF onderzoek getrokken. OSAS heeft hierin een vaste plaats gekregen mede dankzij Koen Joosten, kinderarts-intensivist en Hans Hoeve/ Rene Poublon van de KNO. Wij, ik bedoel Maarten Koudstaal, de onderzoekers en ik, trekken en duwen hard mee aan deze kar. Dit jaar starten we deze twee projecten:

- 1) het Obstructief Slaap Apneu syndroom bij patiënten met Pierre Robin sequentie.



Afbeelding 22: U ziet pasgeborenen met alle korte onderkaak, vastzittende tong en bemoeilijkte bovenste ademweg; doordat de onderkaak naar achteren ligt treden er problemen op met de ademweg. Sommigen kinderen hebben zelfs een canule nodig om de ademweg zeker te stellen. In dit onderzoek hopen we duidelijker te krijgen welke patiënten een soort inhaal groei van de kaak vertonen, waardoor de bovenste luchtweg problemen spontaan verdwijnen en welke patiënten wel dienen te worden geopereerd.

- 2) het tweede project is “OSAS bij patiënten met hemifaciale microsomie”. Bij deze patiënten kan de onderkaak onderontwikkeld zijn. Het is onduidelijk in hoeverre hier problemen met bovenste luchtwegobstructies optreden. In een prospectieve studie zullen slaapstudies worden uitgevoerd om dit fenomeen te kunnen objectiveren en eventuele noodzaak van vroege behandeling te onderbouwen.

Preklinisch

Het preklinische onderzoek richt zich op 1) het ontwikkelen van een model om de kwaliteit van de orale weefsels na radiotherapie te meten, 2) op het evalueren van het effect van hyperbare zuurstoftherapie op de bestraalde weefsels, en 3) onderzoeken van de effecten van hyperbare zuurstof therapie op tumorgroei. Van hyperbare zuurstof therapie wordt verondersteld dat het in staat is stralingsgeïnduceerde weefselschade gedeeltelijk of zelfs geheel te reduceren, maar het bewijs daarvoor is nog niet heel sterk. Voor dit preklinische onderzoek is specifiek een hyperbare zuurstoftank ontwikkeld. Dit onderzoek heeft natuurlijk lijnen naar de bekende samenwerkende afdelingen binnen de Hoofd/Hals oncologie. Maar ik kijk tegelijk verder uit naar samenwerking met collega's van Molecular Radiation Biology, ik noem specifiek Roland Kanaar, waar toponderzoek plaatsvindt op terrein van irradiatieschade en DNA, en ik kijk uit naar samenwerking met collega's van de Raman spectroscopie, waar toponderzoek plaatsvindt met deze non-invasieve optische techniek om de samenstelling van cellen en weefsels te kunnen analyseren. Deze initiatieven moeten leiden tot een nieuwe impuls voor ons onderzoek.

Tot besluit

Mijnheer de Rector, dames en heren, MKA en de juiste Maat betekent voor mij:

1. dat onze afdeling tot de meest aantrekkelijke opleidingsklinieken behoort,
2. dat de specifieke zorg voor een deelgebied in de derde lijn meer focus krijgt en dus lossier staat van de moederspecialismen,
3. en dat het uitgezette klinische en preklinische onderzoek is geïntegreerd binnen de bestaande lijnen van het ErasmusMC, maar alles in de juiste maat en met de juiste maten.

Finale

An het einde van deze rede wil ik enkele personen nadrukkelijk danken en stilstaan bij diegenen die hebben bijgedragen aan mijn professionele ontwikkeling. Ik kijk terug naar de mooie tijd van mijn opleiding in de VU Amsterdam. Eerst bij Wim van der Kwast, later bij Isaac van der Waal. Ik zie zijn onuitputtelijke en tegelijk inspirerende energie om betrokken te blijven. Ik kijk ook terug naar een opleidingstijd met Roy Martina met wie een waardevolle vriendschap ontstond. Ik ben Harrie Kerstens en Klaas de Vries dankbaar, mijn collega's uit het Brabantse. Ik dank alle collega's van het St. Annaziekenhuis die de moeite hebben genomen om vandaag hierheen te komen. Wat een geweldig ziekenhuis om in te werken: juist zorg in juiste maat.

Karel van der Wal, dank voor je expertise en enorme inzet van de afgelopen jaren. Het is een eer om als tweede hoogleraar hier in Rotterdam in jouw voetsporen te mogen treden. Ik dank ook de andere leden van de Staf: Ton Dumans, Ivo ten Hove, Maarten Koudstaal, Katinka Vervoorn, Tjeerd de Boorder, José van Elswijk, Nico Fokkens, Regien Terwind, Emeline te Veldhuis. Ik dank de onderzoekers en de AIOS groep die mij scherp en fris houden. Tegelijk dank ik de polikliniekmedewerkers voor hun bijdrage aan de positieve sfeer op de afdeling, ik dank Rioke de Kort als unithoofd en Sandra Janssens, zonder wie ik wel heel weinig binnen Erasmus MC kan. Ik dank de leden van het THEMA bestuur Hersenen/Zintuigen, met name Peter Sillievis Smit, Piet Wesseling en Karin ter Meulen Boer. Ik kan nog veel van jullie leren.

Leden van de Benoemingsadviescommissie Huib Pols, Riel van Rij, Robert-Jan Stolker, Steven Hovius, Lambert de Bont, Rob Baatenburg de Jongh, Mieke Hazes, Clemens Festen; allen dank ik voor het in mij gestelde vertrouwen.

Onze afdeling heeft al lang een goede relatie met de orthodontisten van de polikliniek orthodontie van het Sophia kinderziekenhuis Edwin Ongkosuwito, Inge Balk-Leurs, en Geer van den Dungen, maar ook met die van de afdeling orthodontie van de ACTA Amsterdam, Charlotte Prah, en natuurlijk met de orthodontisten uit de regio Rotterdam/Rijnmond: dit gaan we continueren.

Ik dank de leden van het Craniofaciaal team: er is heel veel bereikt in de afgelopen jaren en we zullen nog veel gaan bereiken. Ik dank de leden van de stuurgroep van de Rotterdamse Werkgroep voor H/H tumoren. Ik heb gezien dat al veel goed werk voor de H/H oncologie hier in Rotterdam is verzet.

Ik dank de leden van de SOC-kaakchirurgie; al heel lang een geweldig draaiende en vooral inspirerende commissie met nu ook universitaire belangen!

Ik dank het bestuur AO-Nederland en ITI Dutch Section; bijna dezelfde organisaties met een geweldige missie: educatie.

Verder dank ik Marius Buiting die mij heeft geholpen met de voorbereidingen van deze dag. Joan Saridin, bedankt voor de vlekkeloze beeldvorming. Ik dank de DAC voor de sportiviteit en de vriendschap voor het leven. Ik zal wel nooit een echt goede voetballer worden, maar ik kan wel verdomd hard achter de bal aanlopen.

Ik ben opgevoed in een artsengezin. Tot mijn achttiende deed ik alles wat mijn grote broer Rein ook had gedaan; naar dezelfde scholen, dezelfde vakken, dezelfde sporten. Op mijn 18 koos ik echter voor tandheelkunde waar hij eerder had gekozen voor geneeskunde, voor mij al een spectaculaire verandering. Later ben ik alsnog geneeskunde gaan doen. Mijn andere broer Johannes was duidelijk uit ander hout gesneden en maakte in zijn hele leven hele andere keuzes, waarschijnlijk veel slimmere. Ik kijk terug op een prachtige opvoeding van mijn beide ouders, en dank mijn moeder die hier gelukkig aanwezig is. Helaas, mijn vader is er niet meer, maar hij zou apetrots zijn geweest.



Afbeelding 23: Morgen vieren we met het gezin de verjaardag van Martijn, onze middelste zoon die 10 jaar wordt. Joost is bijna 12 en Bart is net 8. Heren, straks drinken we een borrel!

Monique, je bent mijn beste maatje! MKA staat voor Mooi, Kwaliteit en Aandacht.

Ik heb gezegd.

Literatuurverwijzingen

- ¹ Leerink B. Weg met de budgetten in de zorg. Medisch contact 2011, 66: 347-349.
- ² Driessen E, Boor K, Scheele F, Stolker RJ. Competenties moet je leren, niet afvinken. Medisch contact 2010; 65, 1522-24.
- ³ Haeseker B. Dr. J.F.S. Esser and his influence on the development of plastic and reconstructive surgery. Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1983. Academisch proefschrift
- ⁴ Stoeltinga PJW. De Nederlandse geschiedenis van de kaakchirurgie. In: Stoeltinga PJW (red). Vijftig jaar aan de kaak gesteld. Het aanzicht van de Nederlandse Kaakchirurgie opgetekend uit de mond van de leden. Lelystad: Nederlandse Vereniging voor Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie, 2006.

*Deze publicatie betreft een oratie aan
de Erasmus Universiteit Rotterdam*

ISBN 978-90-779-0691-0

