

Op het snijvlak van de benigne gynaecologie

prof.dr. H.A.M. Brölmann

Faculteit der Geneeskunde/VU Medisch Centrum

Op het snijvlak van de benigne gynaecologie

prof.dr. H.A.M. Brölmann

Rede uitgesproken bij zijn afscheid als hoogleraar Verloskunde en Gynaecologie aan de Faculteit der Geneeskunde/VU Medisch Centrum op 1 juli 2016.

Titel: Op het snijvlak van de benigne gynaecologie

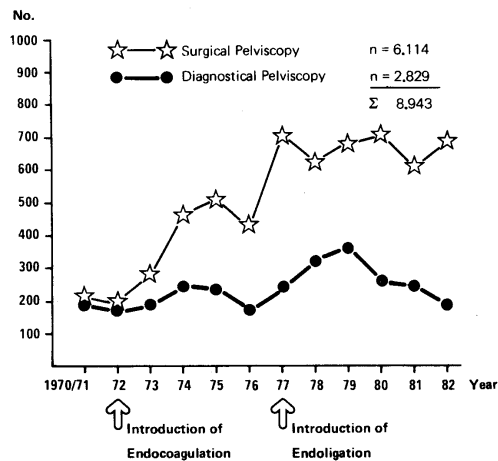
Mijnheer de rector magnificus, dames en heren,

Het snijvlak in de titel van deze rede verwijst naar de dwarsdoorsnede van het aandachtsgebied benigne gynaecologie en in het bijzonder de snijdende lees chirurgische aspecten ervan. In het Engels heeft cutting edge nog de bijbetekenis van geavanceerd, wat deze lezing ook bedoelt te zijn. Benigne slaat op de goedaardigheid van de gynaecologische aandoeningen als tegenhanger van maligne aandoeningen in de gynaecologie waar deze lezing niet over gaat. Tot zo ver de tekstverklaring van de titel.

Van oudsher gold, dat een snelle chirurg een vaardige chirurg was. In de beginjaren van de heilkunde in de 19^{de} eeuw was daar ook alle reden toe. Bij het ontbreken van goede pijnbestrijding werden operaties, meestal amputaties van ledematen, bij vol bewustzijn van de patiënt uitgevoerd. De in het huidig tijdsgewricht oninvoelbare pijn werd beschreven door Fanny Burny, een Engelse schrijfster bij wie in 1810 een borst moest worden afgezet: ‘...I began a scream that lasted unintermittingly during the whole time of the incision – and I almost marvel that it rings not in my ears still!! So excruciating was the agony’. Alhoewel alcohol en opium beschikbaar waren in die tijd en meestal in combinatie werden toegediend, was het gebruik er van niet zonder levensgevaar en een chirurg die met Florence Nightingale werkzaam was tijdens de eerste wereldoorlog in Scutari, Turkije gaf de voorkeur aan een levende patiënt mét pijn dan een pijnloze zonder levensteken. De noodzaak tot snelle chirurgie leidde tot ongeloofwaardige operatietijden van 2.5 minuut voor een amputatie van een onderbeen waarbij de chirurg het mes tussen zijn tanden hield om tijd te winnen. Omdat operaties niet zelden in het openbaar werden uitgevoerd waren snelle chirurgen beroemdheden die bij het betreden van het operatie-amfitheater door het talrijke publiek werden toegejuicht. Pas door de zegeningen van de anaesthesie heeft de chirurgie werkelijk een hoge vlucht kunnen nemen. Toch heeft tempo als maat voor chirurgische kwaliteit niet geheel afgedaan. In menig onderzoek over de leercurve van snijdend specialisten is de operatieduur nog steeds de belangrijkste maatstaf. Tegen die achtergrond bracht de komst van de laparoscopische chirurgie een cultuurshock teweeg. Niet de duur van de operatie, maar de grootte van de huidwond deed er toe. Via de insteekopeningen (‘sleutelgaten’) werden rechte instrumenten met kleine schachtjes of paktangen aan de tip in de buikholte gebracht en bediend. Door het indirecte 2D beeld, ontbreken van tastzin werden routine-ingrepen weer uitdagingen van formaat en niet zelden viel, ook met een schuin oog naar de bedrijfsvoering verzuchtend de term ‘foreveroscopy’.

De laparoscopische chirurgie is vanaf eind zestiger jaren van de vorige eeuw geïntroduceerd door Kurt Semm, die Pfannenstiel in Kiel opvolgde, met zijn bikinisnede ook een protagonist van de minimaal-invasieve chirurgie. Figuur 1.

Figuur 1. Ontwikkeling van de endoscopische chirurgie in de kliniek van Kurt Semm in Kiel, Duitsland



: The increase of surgical pelviscopies at the Dept. of Obstetrics and Gynecology since Endocoagulation, Ligation and suture techniques are developed.

Liselotte Mettler, hier vandaag aanwezig, die Kurt Semm toen assisteerde heeft de turbulente geschiedenis van de laparoscopische chirurgie in haar biografie beschreven. Semm maakte van de laparoscopie die voornamelijk werd toegepast voor diagnostiek en kleine behandelingen (sterilisatie) een volwaardige therapeutische operatie. Hij voorspelde dat 70% van alle buiksnedes (laparotomieën) zou worden vervangen door wat hij toen noemde de ‘pelvicoscopie’ een ander woord voor laparoscopie. Deze voorspelling lijkt voor veel ingrepen te gaan uitkomen, inclusief de verwijdering van de baarmoeder waar de laparoscopie de buiksnode (abdominale uterusextirpatie) gaandeweg verdringt. Tijdens zijn werkzame leven stond Kurt Semm bloot aan scherpe kritiek en werden hij en Lilo Mettler uit de beroepsvereniging gezet. Zelfs werd er aan zijn verstand getwijfeld toen hij door die zelfde beroepsvereniging werd verplicht een ‘hersenscan’ te laten maken. Wat er op die scan te zien was vertelt het verhaal niet, maar het heeft Semm er niet van weerhouden de laparoscopische chirurgie succesvol te lanceren en daarmee ook zich zelf omdat hij een getalenteerd instrumentmaker was en samen met zijn broer het laparoscopisch instrumentarium winstgevend op de markt bracht.

Ik kwam voor het eerst begin jaren 80 in aanraking met de laparoscopische chirurgie toen ik als gynaecoloog in de regio Eindhoven Ad IJzerman en Eric Mendels, beiden gynaecoloog in het Diaconessenhuis ontmoette.

Figuur 2. Ad IJzerman en Eric Mendels, beiden gynaecologen in Eindhoven op bezoek bij Kurt Semm (midden)



Zij waren regelmatig bij Kurt Semm op werkbezoek geweest en organiseerden zeer goed bezochte minisymposia waar gynaecologen uit Clermond Ferrand, destijds het epicentrum van de laparoscopische chirurgie in onverstaanbaar Engels zwaar bewerkte video's introduceerden, waar ze dan tijdens het afspelen sprakeloos bij stonden. Vermakelijk, maar ook effectief want de laparoscopische chirurgie zou ook Nederland gestaag veroveren.

Het predikaat pionier past bij uitstek de collegae als Semm, IJzerman en hun tijdgenoten. Hun nazaten zijn de early adopters die te maken kregen met de typische problemen die horen bij het invoeren van een nieuw operatieparadigma (want dat was de laparoscopie). Skeptische beroepsgenoten in de VS publiceerden een artikel in het jaar 2000 in een gezaghebbend wetenschappelijk tijdschrift, waarin bij wijze van persiflage een laparoscopisch geassisteerde vaginale bevalling werd beschreven, gebruikmakend van teugel en basketbalnet.¹ Ook waren er discussies met de anaesthesist over positionering die hoog konden oplopen waarbij beide partijen het ultieme belang van de patiënt meenden te dienen. Mochten beide armen nu wel of niet parallel aan het lichaam en hoe steil mocht patiënte naar achteren worden gekanteld (Trendelenburgse positie) zonder het leven te laten. Maar ook was er sprake van een toename van het aantal ernstige complicaties tijdens de leercurve die de beroepsgroep collectief doormaakte. In een systematische Cochrane review uit 2004 van gerandomiseerde onderzoeken waarin de laparoscopische baarmoederverwijdering door Johnson en Garry² werd vergeleken met de conventionele open methode, bleek er een zes maal hoger risico op ureterletsels te zijn in de laparoscopische groep (1.2% versus 0.2%). Bij analyse achteraf van de grootste studie (de EVALUATE studie) ging het om onervarenheid van de operateurs van sommige deelnemende centra. Het verschil is bijna weggewerkt maar ook in de meest recente Cochrane review van Aarts et al uit 2015³ is het aantal urologische letsels bij laparoscopische benadering nog steeds iets groter dan bij de abdominale uterusextirpatie. Dit alles heeft de gerechtvaardigde implementatie van de endoscopische chirurgie in het algemeen en de laparoscopische baarmoederverwijdering in het bijzonder belemmerd.

Dat gynaecologen hun eigen operaties uitvoerden was overigens in die tijd ook niet altijd bekend bij het grote publiek en een enkele keer vroeg een patiënt die ik op de wachtlijst had gezet voor een

operatie zich hardop af welke chirurg deze zou uitvoeren. Ons snijdend profiel behoefde dus nog enige versterking.

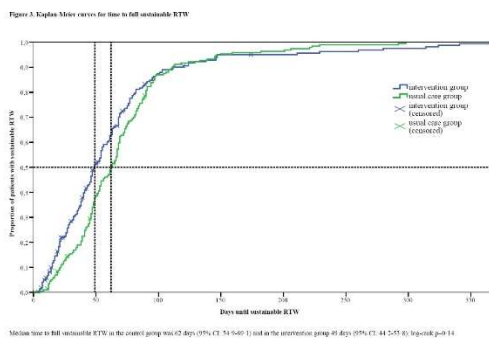
Van al deze gedachten vervuld aanvaardde ik in 2002 mijn leeropdracht algemene gynaecologie, in het bijzonder de endoscopische chirurgie. Ik zal hierna beschrijven hoe ik geprobeerd heb invulling te geven aan deze leeropdracht volgens de lijnen van de academische kerntaken, patiëntenzorg, onderwijs en onderzoek, en – geen kerntaak maar onvermijdelijk – van de voorwaardescheppende organisatie:

Nadat ik in 2002 door Andreas Thurkow hartelijk was opgenomen om in het toenmalige Lucas Andreas ziekenhuis (nu OLVG west) om mijn operatieve vaardigheden te onderhouden, was ik in de gelegenheid om in het VUmc in samenwerking met Prof Miguel Cuesta en prof René Verheijen het noodzakelijke instrumentarium aan te schaffen om de gangbare endoscopische chirurgie ook in eigen huis te kunnen aanbieden. Al brainstormend met o.a. dr. Paul van Kesteren, toen fellow gynaecologie in het VUmc, nu gynaecoloog in OLVG oost over de kennishiaten, kwamen we tot een veelheid van onderwerpen.

Enkele hiervan, met teams van wisselende samenstelling wil ik hier noemen. Allereerst het herstel na een operatie. Om de implementatie van de laparoscopische chirurgie te bevorderen, dienden de voordelen ten opzichte van de conventionele open procedure zichtbaar te zijn. Niet alleen moest de nieuwe techniek op zijn minst gelijkwaardig zijn aan de conventionele standaard techniek in termen van verwijdering of reconstructie, ook moest de collaterale schade aantoonbaar minder zijn want dat zou leiden tot een sneller herstel, uitgedrukt in aantal dagen hervatting dagelijkse activiteiten en werk. De patiënt zou hiermee gebaat zijn maar ook de samenleving door een grotere inzetbaarheid van de patiënt en minder werkverzuim. Ik zocht samenwerking met Prof Willem van Mechelen hoofd van de afdeling sociale geneeskunde zonder wie dit project onmogelijk van de grond zou zijn gekomen. Een bedrijfsgeneeskundige in opleiding werd gevraagd een pilot onderzoek te doen bij vrouwen die gynaecologisch geopereerd waren en hen te bevragen naar het tijdstip van werkhervatting. Tot onze niet geringe verbazing bemerkten wij dat de helft van de geënquêteerde vrouwen het werk weer volledig hadden hervat 8 weken na de operatie, ongeacht de zwaarte van de ingreep. En met de laparoscopische benadering had het al helemaal weinig te maken. We begrepen dat zolang het traject van postoperatief herstel niet was geoptimaliseerd er geen verband zou worden gevonden tussen de zwaarte van de ingreep en het herstel nadien. De voordelen van de endoscopie zouden daarmee onvoldoende worden benut. In een poging om financiering voor dit onderzoeksproject te krijgen zochten we contact met de bedrijfsvereniging van ABNAMRO om ze de aansprekende voordelen van minimaal-invasieve chirurgie onder de aandacht te brengen. Met een aantal hoogleraren uit het VUmc, bevlogen in de minimaal-invasieve chirurgie gaven we tot twee maal toe een road show aan de Gustav Mahler laan, maar geld bleef uit. Toch kreeg het onderzoek vervolg doordat Dr. Judith Huirne en prof Han Anema het voortouw namen. Hier ziet u het team van onderzoekers dat veelal vanaf de start aan, wat toen het herstel 1.0 project is gaan heten aan de resultaten heeft bijgedragen. Wat zijn de resultaten geweest tot nu toe: vanuit de gedachte dat patiënten steeds korter worden opgenomen na een operatie, het soms onduidelijk is bij wie de patiënten terecht kunnen bij klachten, de huisarts, snijdend specialist of bedrijfsarts en deze ook nog al eens tegenstrijdige adviezen geven over herstel en werkhervatting, is er behoefte aan meer ondersteuning in de vorm van makkelijke – via internet – toegankelijke en uniforme informatie. Via een focusgroep en een Delphi-consensus procedure werd zoveel mogelijk professioneel draagvlak

gecreëerd voor aanbevelingen aan de patiënt na een gynaecologische operatie. Hierna werd een website gemaakt waarop de patiënt haar eigen herstel kon spiegelen aan de norm (wanneer weer tillen, auto rijden, geslachtsgemeenschap, etc) en hulp kon inroepen als haar eigen herstel uit de pas begon te lopen. In een tweetal gerandomiseerde onderzoeken^{4 5} werd bij patiënten die over de website konden beschikken een aanzienlijk eerdere werkhervatting gezien, tot 13 dagen, (figuur 3) terwijl uit één van de studies bleek dat in de interventiegroep ook de kwaliteit van leven beter was. Het was dus niet zo dat patiënten ongelukkiger werden als zij eerder aan het werk gingen. In economische termen zou, indien voor alle operatiepatiënten voor alle specialismen de website toegankelijk zou zijn, de productiviteitswinst alleen al in Nederland € 1.4 miljard bedragen. Momenteel is door de App-bouwer Synapp een verbeterde m-health versie van de website voor de smart phone gemaakt en wordt het concept ook bij andere heelkundige specialismen wetenschappelijk getoetst.

Figuur 3: korter ziekteverzuim na gynaecologische operaties door gebruik van interactieve website herstel 1.0 (met dank aan Eva Bouwsma)

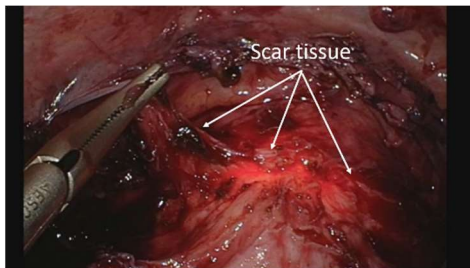


Een ander onderzoeksveld dat ik graag wil noemen omdat het vruchtbaar is gebleken is het onderzoek naar het litteken in de baarmoeder na een keizersnede, ofwel de sectio caesarea. Soms blijkt de wondgenezing van de baarmoeder te kort te schieten en ontstaat er een inkeping in de voorwand van baarmoeder of baarmoederhals die internationaal de term niche heeft gekregen. Het onderzoeksidee ontstond in oktober 2005 toen ik het verzoek kreeg om een manuscript te beoordelen dat ging over gynaecologische complicaties als gevolg van het sectiolitteken in de baarmoeder. Dit leek een aantrekkelijk onderzoeksveld door de enorme toename van het aantal sectio's in de wereld, door de relatieve onbekendheid bij dokters en patiënten en omdat het veel aandachtsgebieden in ons vak, verloskunde, gynaecologie en voortplantingsgeneeskunde verbond. Simultaan had dr. Bas Veersema het zelfde plan opgevat en er ontstond een hartelijke samenwerking waarvoor ik hier nog een keer mijn dank wil uitspreken. Hier ziet u het niche-team dat tot nu toe aan de wetenschappelijke productie heeft bijgedragen.

Tot dan toe was tussentijdse bloedverlies als klacht na een sectio een coincidentele bevinding in een symptomatische dus geselecteerde populatie. Het werkelijke vóórkomen van de zogenaamde niche en of het tussentijdse bloedverlies daarmee samenhang kon pas worden vastgesteld in een zogenaamd prospectief cohortonderzoek, waarin de patiënten opeenvolgend werden geïncludeerd. Dat onderzoek hebben wij uitgevoerd en gepubliceerd in 2011.⁶ Het bleek dat bij 56% van de vrouwen 6-12 maanden na een sectio een niche kon worden aangetoond en dat 33% van de vrouwen mét niche tussentijds bloedverlies ondervonden, vooral na de menstruatie, tegenover 15% van de

vrouwen zonder niche na een sectio, een significant en ook relevant verschil. Hiermee stond het verband vast. Dat betekende dat tot dan toe grote aantallen vrouwen na sectio een symptomatische behandeling tegen het abnormale bloedverlies, ook wel spotting genoemd, hadden gekregen omdat de diagnose zowel bij patiënt als dokter niet bekend was. Zij kregen de pil of andere hormonale behandeling en, bij persisteren van de klachten werd een verwijdering van de baarmoeder geadviseerd. Niet alleen spotting, maar ook buikpijn en infertiliteit kunnen met de niche verband houden. Al snel werden chirurgische behandelingen van de symptomatische niche ontwikkeld deels gebaseerd op elders gerapporteerde patiënten waarmee een causale behandeling van de niche mogelijk werd. De hysteroscopische resectie, dat is het bijtrimmen en coaguleren van de kleine niche in dagbehandeling en de laparoscopische resectie indien er nauwelijks baarmoederwand tussen niche en blaas over was. Figuur 5.

Figuur 5. Een 'niche' in de uterus na keizersnede zichtbaar gemaakt door diafanie van de hysteroscoop na het afprepareren van de blaas.



De hysteroscopische nicheresectie werd gerandomiseerd vergeleken met een afwachtend beleid en wees uit dat 6 maanden na de ingreep de hinder van het tussentijds bloedverlies (spotting) 5 punten op een schaal van 10 verschilde tussen de behandelde en de onbehandelde patiënten, namelijk van 7 naar 2, en de spotting zelf 3 dagen verschilde (4 in plaats van 7). Het artikel werd zeer kortgeleden ter publicatie aangeboden. Omdat de laparoscopische niche resectie operatief technisch complexer is dan de hysteroscopische nicheresectie door de noodzaak om de vergroeide blaas los te maken van de niche en het onderste uterussegment na resectie in lagen te hechten, werd een ongecontroleerd cohortonderzoek passend geacht zodat de operatietechniek in de loop van de tijd kon worden verbeterd. Vanaf 2010 werden nu 120 patiënten geopereerd vanwege spottingsklachten, infertiliteit of de onmogelijkheid tot het plaatsen van een catheter in de baarmoeder, of soms een combinatie van deze indicaties. Van hen konden we 88 patiënten evalueren na 6 en 12 maanden. Een significante daling van het aantal dagen spotting kon worden aangetoond zowel na 6 als na 12 maanden. Bij 60 patiënten (68%) was na 12 maanden de hoofdklacht die aanleiding was voor de operatie, verholpen. Voor de patiënten met spotting was dat 80%. Nu de werkzaamheid op korte termijn is aangetoond is de volgende stap een gerandomiseerd onderzoek waarbij de interventie wordt vergeleken met de standaardbehandeling, een afwachtend beleid.

Tot zo ver een selectie van de wetenschappelijke inspanningen om de benigne gynaecologie inhoudelijk verder te ontwikkelen. Parallel hier aan bestond de behoefte ook het vak gynaecologie meer bekendheid te geven. Daar waar de andere pijlers van het vak verloskunde en gynaecologie, te weten verloskunde, voortplantingsgeneeskunde, oncologie en urogynaecologie zich hadden kunnen ontwikkelen tot door de EBCOG, de Europese organisatie voor obstetrie en gynaecologie, erkende subspecialismen, was de toendertijd geheten 'algemene gynaecologie' blijven steken als common trunc, een deelgebied dat vanwege zijn verbluffende eenvoud door iedere gynaecoloog als

vanzelfsprekend werd betreden. Echter met de komst van de minimaal-invasieve en endoscopische chirurgie binnen de gynaecologische chirurgie, was de complexiteit van de gynaecologie toegenomen en was het de moeite waard enige terughoudendheid in de beoefening er van te formaliseren. Er zag er namelijk naar uit dat gynaecologen een grotere diversiteit van operaties, te weinig grote operaties van één type zouden doen om hun vaardigheid te onderhouden. Of de zogenaamde laag-volume-chirurg een gevaar is voor zijn patiënten is omstreden maar hoge volumes zijn frequent en op niveau bepleit ⁷ hetgeen vooral in de algemene chirurgie is onderzocht. Ook voor de gynaecologische chirurgie toonde een recente systematische review uit 2015 ⁸ aan dat gynaecologen die een ingreep minder vaak dan eenmaal per maand uitvoeren een significant grotere kans op complicaties hebben met relatieve risico's variërend van 1.3 tot 1.9. Ofschoon voor een groep operaties die op elkaar lijken, de 10 per jaar gemakkelijk kan worden gehaald, lukt dat door een toenemende verscheidenheid aan ingrepen niet altijd. Denk hierbij b.v. aan de laparoscopische myoomverwijdering waarvan er soms minder dan 10 per ziekenhuis per jaar worden verricht.

In 2009 werd door het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) het 'algemeen' van algemene gynaecologie geschrapt in het organogram en zag een discussienota het licht, die ik als voorzitter van de NVOG-pijler gynaecologie had opgesteld en waarin de benigne gynaecologie naar complexiteit werd beschreven. Ik vlij me met de gedachte dat de nota ook op het terrein van de opleiding, de bezinning op de eindtermen gynaecologie (BOEG, prachtig acronym van prof. Fedde Scheele) heeft bevorderd. De benigne gynaecologie is nu, sinds de invoering van BOEG vanaf januari 2012, een in de opleiding erkend aandachtsgebied waarin de assistent in de opleiding, afgekort AIOS zich gedurende de laatste twee jaar van de opleiding in de vorm van een differentiatiestage kan scholen, waarbij de focus meer op de therapeutische chirurgie ligt. Dat betekent dat sommige gynaecologen in maatschappen en vakgroepen een chirurgische signatuur krijgen waar andere gynaecologen zich meer bezig houden met b.v. verloskunde. Hiermee komt het vaak moeizame proces van concentratie van zorg binnen de maatschap en vakgroep organisch tot stand. Gynaecologen met de chirurgische signatuur zullen meer opereren hetgeen naast de kwaliteit van de chirurgie ook de wetenschappelijke aandacht voor en ontwikkeling van de gynaecologische chirurgie ten goede komt.

Als kan worden vastgesteld dat benigne gynaecologie zich mag verheugen in een toenemende verdieping en met de chirurgie ook hoog-complexe onderdelen kent, dan wil ik graag reflecteren op de plaats die de benigne gynaecologie inneemt of in zou kunnen innemen in de universitaire geneeskunde. Voor de derdelijns gynaecologie – nog in ontwikkeling – is dit vanzelfsprekend. Maar hoe zit het met de tweelijns gynaecologie? Hiertoe is een korte beschrijving van de Nederlandse situatie met betrekking tot de echelonnering van de zorg onontbeerlijk. Al vele jaren wordt de topreferente en topklinische signatuur van UMC's in Nederland uitgedragen. Topreferente en topklinische zorg vereist immers een dure infrastructuur en de doelmatigheid is gediend bij een beperkt aanbod. Pas jaren nadat in 2006 het nieuwe zorgstelsel door minister Hoogervorst werd ingevoerd, wordt de druk op de UMC's door de verzekeraars opgevoerd om tweedelijns zorg uit te ruilen tegen derdelijns zorg met als ultieme consequentie dat de tweedelijns zorg door de verzekeraar niet meer in het UMC zal worden ingekocht vanwege de hoge prijs. De algemene ziekenhuizen en de ZBC's kunnen deze zorg immers goedkoper en net zo goed leveren. Met deze beweging werd begin dit jaar ook in het VUmc een aanvang genomen. Wat betekent de uitplaatsing van tweedelijns zorg voor de universitair werkende medisch specialist? Dat hij als last resort geacht wordt een grote expertise te hebben op een terrein waar hij zelf de tweedelijns zorg niet meer van

levert, dat hij chirurgische complicaties moet oplossen van ingrepen die hij zelf niet meer uitvoert. Dit gaat ten koste van zijn geloofwaardigheid als redder in nood en kan niet lang goed gaan. Voor het onderwijs betekent het dat de geboden exclusieve derdelijns zorg de studenten er toe brengt hun stages elders gaan zoeken waar voldoende tweelijns opleidingsmomenten worden aangeboden. Om de zelfde reden zullen ook de AIOS hun door de overheid betaalde opleiding (het rugzakjesconcept) zo veel mogelijk perifeer inrichten, want de overgrote meerderheid van de AIOS wordt toch voorbereid voor de tweedelijns praktijk. Omdat er alleen al in het VUmc meer dan 300 AIOS werken zal dit de kosten voor de financieel geplaagde UMC's verder opdrijven. Het wetenschappelijk onderzoek van tweedelijns zorg zal zich dan buiten de academie bevinden, veelal nuttig doelmatigheidsonderzoek maar het translationele innoverende onderzoek – potentieel renderend voor hoog-volume zorg – zal voornamelijk in handen zijn van commerciële partners. Nu de kans groot is – zo staat er in de positioneringsnota UMC's van minister Schippers uit juli 2014 – dat na 2017 de academische component nieuwe stijl, het Citrien fonds ook voor grote algemene ziekenhuizen wordt opengesteld dan kunnen er nog zware tijden aanbreken voor de UMC's.

Terug naar de benigne gynaecologie. De criteria voor 3^{de} lijns dus topreferente zorg zijn vervat in de zogenaamde Robijn criteria. Een serieuze afkorting van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU): nl. rijksoverheidsbijdrage ijverig nageplozen. Volgens deze Robijn criteria gaat het om complexe, zeldzame zorg of om zorg voor patiënten in slechte conditie (comorbiditeit) bij eenvoudige aandoeningen of bij een uitzonderlijk beloop van veelvoorkomende aandoeningen. Als bijkomende criteria gelden nog dat er geen standaard behandeling voorhanden is, er meerdere specialismen bij de zorg zijn betrokken en er een aantoonbare samenhang met fundamenteel en translationeel wetenschappelijk onderzoek is. De woorden zeldzaam, uitzonderlijk en nog geen behandeling voor handen indachtig, lijkt het dus te gaan om zeer weinig voorkomende zorg die ook nog niet in alle UMC's zal worden geleverd. Vervolgens verwijst de NFU naar de link op haar website waar alle UMC's hun topreferente zorg etaleren. Dat wat ons vak betreft niet enkele, maar alle UMC's de Obstetrie, Gynaecologie en Voortplantingsgeneeskunde zonder enige nadere specificatie in de etalage zetten contrasteert nogal met de restrictieve definitie van topreferente zorg, maar maakt ook de worsteling zichtbaar die met de differentiatie tussen UMC's gepaard gaat. Dat de topreferente etalage van de NFU nog op orde is, blijkbaar gevolg van een capaciteitsprobleem bij de NFU, blijkt wel uit het feit dat de uteriene afwijkingen (van de baarmoeder) voor het VUmc er niet op staan, terwijl ze toch de laatste jaren de bron van veel derdelijns verwijzingen naar onze afdeling zijn geweest. Niettemin blijft het de vraag of de UMC's kunnen leven van het zeer beperkte deel van de zorg, zeldzaam en last resort, dat hen in de definitie van topreferente zorg is toebedeeld en waar ook de grote algemene ziekenhuizen op azen.

Aangezien er in deze kwestie geen empirisch onderzoek beschikbaar is om het ene of andere standpunt te onderbouwen, is het altijd goed te kijken hoe het in het buitenland gesteld is. Voor de benigne gynaecologie heb ik een collegiale survey gedaan onder universitair gynaecologen in Europa en de VS en gevraagd een schatting te geven hoeveel procent van de gynaecologische zorg (obstetrie en IVF werden niet meegerekend) derdelijns was (voornamelijk oncologie en diep infiltrerende endometriose) en hoeveel procent het benigne gynaecologie betrof. Figuur 6.

Figuur 6. Percentages tweedelijns zorg ten opzichte van de derdelijns zorg in verschillende delen van de wereld.

| City and Country | Source | tertiary care (%) |
|--------------------------------|-----------------------|-------------------|
| Belgrado, Serb Republic | Ana Mitrovic | 25% |
| Leuven, Belgium | Jan Deprest | 30% |
| London, UK | Ertan Saridogan | 70% |
| Copenhagen, Denmark | Olav Istre | 30% |
| Frankfurt, Germany | Sven Becker | 30% |
| Tübingen | Diethelm Walwiener | 20% |
| Szeged, Hungary | Béla Molnar | 30% |
| MD Anderson Cancer centre | Ceana Nezhat | 35% |
| Emory University, Atlanta | Ceana Nezaht | ? |
| Ullevål hospital, Oslo, Norway | Marit Lieng | 24% |
| Marseille, France | Jean-Phillipe Estrade | 25% |
| Barcelona, Spain | Pere Barri | 30% |
| Oldenburg, Germany | Rudy-Leon de Wilde | 50% |

Met de uitzondering van Londen (70%) ligt het percentage derdelijns gynaecologie rond 30% wat betekent dat er gemiddeld 70% benigne gynaecologie overblijft. Zelfs in het MD Anderson cancer center (onderdeel van de Texas university in Houston en bekend van de slogan 'making cancer history') ligt het percentage benigne gynaecologie op 65%. Toegegeven, het zijn ruwe schattingen, maar het bevestigt het beeld dat Nederland met een strikte scheiding van 2^{de} en 3^{de} lijns zorg in UMC's een vrij unieke positie in de wereld inneemt. Dat roept de vraag op, zijn wij gidsland of lopen we te ver voor de muziek uit. Alhoewel één enkele respondent wel wat zag in de Nederlandse constructie, waren de anderen toch van opvatting dat deze ten koste gaat van de opleiding, wetenschap en bedrijfsvoering.

Hoe nu verder? De noodzaak tot kostenreductie in de medisch specialistische zorg zal blijven bestaan en het leveren van infrastructurele kostbare zorg op een beperkt aantal locaties is hierop een antwoord. Het verdient echter aanbeveling om daar waar men derdelijns zorg op een bepaald

terrein aanbiedt, hiervan ook de tweedelijns zorg te bieden omdat daar de kwaliteit van zorg, onderwijs en wetenschap van beide mee gediend zijn. In het geval van de gynaecologie zou dus ook gelden dat daar waar de 3^{de} lijns zorg wordt geleverd, ook plaats is voor de 2^{de} lijns zorg.

Dames en heren, ik nader mijn dankwoord. Het werk in een UMC – en het VUmc is daarop geen uitzondering – is intensief (ofschoon wel eens anders wordt gedacht) en competitief. Je wordt uitgedaagd om boven je zelf uit te stijgen. Na het emeritaat zal de ambitie op een ander niveau worden voortgezet. Figuur 7.

Figuur 7. Golf Putrecord



Tenslotte, tegenwind doet de vlieger opstijgen luidt een gezegde van Wim Anker, de markante strafadvocaat uit Leeuwarden. Die vlieger van Anker gaat niet altijd op zo heb ik gemerkt. Niettemin is de universiteit met haar opdracht tot waarheidsvinding bij uitstek de omgeving waar argumenten worden gewogen, kennis wordt vergaard en verbreid in de loop van een eindeloos maar – doorgaans – hoffelijk dispuut. Ik heb dan ook nooit enige spijt gehad van mijn overstap van de algemene praktijk naar de academie en wil iedereen danken die in het VUmc en daar buiten aan deze stimulerende gedachtenwisseling heeft bijgedragen. Enkelen wil ik in het bijzonder noemen:

Het college van bestuur van de Vrije Universiteit en de raad van bestuur VUmc voor het in mij gestelde vertrouwen.

De toenmalige collega's in allerlei samenwerkingsverbanden waarin ik actief ben geweest zoals de centrale opleidingscommissie die ik enkele jaren heb mogen voorzitten inclusief de hartelijke en deskundige ondersteuning door Werner Koster, het bestuur en bureau van divisie III en de leden van de beleidsraad. In landelijk verband mijn collegae uit de werkgroep gynaecologische endoscopie en het bestuur van de pijler gynaecologie van de NVOG.

For 12 years I have enjoyed the collaboration within the European Society of Gynaecological Endoscopy (ESGE) in different jobs. The European platform is most effective in promoting minimal invasive surgery in our continent and beyond. I am sure the board has the wisdom to create an even more open and democratic society in the future.

Ook de gepromoveerden wil ik noemen omdat ze met mij in zee wilden gaan en een belangrijk deel van hun quality time aan wetenschap wilden besteden en ik hoop dat het de ervaring waard is geweest. De promovendi zijn nu onder de hoede van Judith Huirne, Wouter Hehenkamp en Freek Groenman. Ik laat nog de namen van de onderzoekers zien die niet bij het vorige onderzoek zijn getoond. Met jullie enthousiasme en werklust dragen jullie weer een steentje bij aan de kennisvergaring op het terrein van de benigne gynaecologie. Zeer bedankt daarvoor.

Een speciale vermelding voor de Tissue Engineering Assessment of Pelvic Organ Prolaps

samenwerking, afgekort TEAPOP over de rol van de regeneratieve geneeskunde bij bekkenbodemaandoeningen, waarbij de urogynaecologische resultaten als een koekoeksei in het nest van de orthopeden zijn uitgebreed. Dank aan Prof Barend van Rooyen, Prof Theo Smit en dr. Marco Helder voor de gastvrijheid die gelukkig minimaal twee proefschriften heeft opgeleverd.

Veel jaren, zowel in Eindhoven/Veldhoven als in het VUmc heb ik de vervolgopleiding mogen organiseren. De AIOS en de vele niet altijd meer zo jonge klaren wil ik danken voor hun betrokkenheid bij de respectievelijke afdelingen. Met name in de periode van modernisering van de opleiding, waarin het competentiegericht opleiden werd ingevoerd, zijn ze tot grote steun geweest. Prof Hanneke de Vries heeft het stokje van mij overgenomen en haar dank ik voor de naadloze overgang en de voortreffelijke wijze waarop zij de opleiding heeft vorm gegeven.

Ook dank aan de studenten dat zij hun vertrouwen hebben gesteld in het medisch curriculum van het VUmc en van de afdeling verloskunde gynaecologie in het bijzonder.

Iedereen binnen de afdeling verloskunde & gynaecologie in VUmc met wie ik goed heb samengewerkt wil ik daarvoor hartelijk danken. In het bijzonder wil ik noemen Christine Esveld, die het begrip personal assistant opnieuw heeft uitgevonden. Ook de leden van de pijler gynaecologie, mijn werkeenheden in engere zin wil ik met name noemen en danken voor de team spirit. Johan Spruijt, Stella Tiersma, Mick van Trotsenburg, Judith Huirne, Wouter Hehenkamp, Freek Groenman, Dries Twijnstra en de oncologen Ming Tjong en Stein Mom. Ik heb me in jullie gezelschap altijd bijzonder thuis gevoeld.

Ik prijs me gelukkig met degene die mij als pijlervoorzitter heeft opgevolgd, haar naam is al enkele keren gevallen, dr. Judith Huirne. Met haar grote academische talent zal ze zonder enige twijfel veel van de doelen die we binnen de pijler hebben geformuleerd kunnen realiseren.

Ons hechte gezin, zich gestaag uitbreidend, is het onmisbare fundament van mijn leven, soms een behulpzaam front maar altijd een dak boven je hoofd kortom een dierbaar huis waar ik vanaf nu meer tijd voor zal hebben.

Lieve Mart, alles wat jij verzorgt bloeit op. Zo is het ook mij vergaan. Na meer dan 35 jaar samen kunnen we met voldoening terugkijken op een mooi en productief leven. We gaan daar samen hopelijk nog lange tijd mee door. Dank voor al je steun.

Ik heb gezegd.

Reference List

- (1) Lowell L, Kessler AA. Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy. A suitable substitute for abdominal hysterectomy? J Reprod Med 2000; 45(9):738-742.
- (2) Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr E, Garry R. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database Syst Rev 2006; %19;(2):CD003677.

- (3) Aarts JW, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BW et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 8:CD003677. doi: 10.1002/14651858.CD003677.pub5.:CD003677.
- (4) Vonk NA, Anema JR, van MW, Knol DL, van Baal WM, van Kesteren PJ et al. A personalised eHealth programme reduces the duration until return to work after gynaecological surgery: results of a multicentre randomised trial. *BJOG* 2014; 121(9):1127-1135.
- (5) Bouwsma EV, Anema JR, Vonk NA, Knol DL, Bosmans JE, Schraffordt Koops SE et al. The cost effectiveness of a tailored, web-based care program to enhance postoperative recovery in gynecologic patients in comparison with usual care: protocol of a stepped wedge cluster randomized controlled trial. *JMIR Res Protoc* 2014; 3(2):e30.
- (6) van der Voet LF, Bij de Vaate AM, Veersema S, Brolmann HA, Huirne JA. Long-term complications of caesarean section. The niche in the scar: a prospective cohort study on niche prevalence and its relation to abnormal uterine bleeding. *BJOG* 2014; 121(2):236-244.
- (7) Urbach DR. Pledging to Eliminate Low-Volume Surgery. *N Engl J Med* 2015; 373(15):1388-1390.
- (8) Mowat A, Maher C, Ballard E. Surgical outcomes for low-volume vs high-volume surgeons in gynecology surgery: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2016;(16):10.