

Vaarwel scalpel

Prof dr. Gauke Kootstra

Rede uitgesproken bij het afscheid
van het ambt van Hoogleraar in de Chirurgie
aan de Faculteit Geneeskunde van de Universiteit Maastricht
en het Academisch Ziekenhuis Maastricht
op donderdag 23 november 2000

Mijnheer de Rector, dames en heren,

Wanneer kinderen trouwen of een partner krijgen, neemt de intellectuele potentie van een gezin toe. Zo althans in ons gezin: toen ik de titel van mijn afscheidsrede ter sprake bracht en titels als “bistouri foetsie” suggereerde, maar ook aangaf daarmee niet gelukkig te zijn, werd “vaarwel scalpel” geboren en onder die titel spreek ik U vandaag toe.

Nu overwaardeert mogelijk deze titel het chirurgische mes en met name in de jaren waarin mijn opleiding plaats vond, was toch het mes enerzijds een zwaargewicht in de chirurgische AEX, zoals blijkt uit het gezegde:” het mes voor de bes” maar er was toch anderzijds meer een beleid van: “niet de operatie maar de indicatie is het wezen van de chirurgie”. Het gaat dus niet zo zeer om het snijden maar veel meer om: welke operatie, op welk moment en na welke voorbereiding. Ik wil dat toch ter discussie stellen en wel aan de volgende voorbeelden.

Pancreas transplantatie

Bij suikerziekte is er een relatief of een absoluut tekort aan insuline, het hormoon dat de suikerhuishouding regelt. We nemen de patiënt die in zijn pancreas helemaal geen insuline meer maakt. Om in leven te blijven moet onze patiënt het hormoon insuline inspuiten en de hoeveelheid insuline gaat vooral schattenderwijs met een of meerdere keren per dag controle van de bloedsuiker, waarvoor een prikje in de vinger nodig is. Hoewel met een goede discipline de ziekte redelijk in toom is te houden, treden er vaak na enkele of meerdere jaren storingen op in andere systemen van het lichaam. Vaak betreft dit de nieren. Is de nierziekte in een eindstadium gekomen, dan is nierfunctie vervangende therapie

nodig. Dit betekent dialyse. Het zal U allen bekend zijn dat zo'n dialyse patiënt het beste geholpen is met transplantatie van een nieuwe nier.

Stel nu dat onze patiënt een nier nodig heeft dan moet de hij zware medicijnen gebruiken om afstoting te voorkomen. Al spoedig ontstond het idee om tegelijkertijd met de nier ook een pancreas te transplanteren, de patiënt moet toch al die medicijnen gebruiken en we kunnen zonder veel extra risico voor de patiënt ook de suikerziekte beter regelen. Dit concept bleek te werken en wij waren in 1985 de eersten in Nederland die dit concept van zo'n pancreas-nier transplantatie toepasten. Maar wij deden meer! De pancreas heeft een aantal functies en die zijn heel verschillend. Een belangrijke functie is het aan het voedsel toevoegen van verteringssappen, de exocriene secretie. De andere functie is het maken en afgeven van insuline en vele andere hormonen die er voor dit betoog weinig toedoen. Die insuline wordt rechtstreeks aan het bloed afgegeven, de endocriene secretie. Het gaat ons bij de pancreas transplantatie om deze endocriene secretie die het pancreas afgeeft onder voortdurende meeting van de bloedsuiker, een heel knap regelwerk, dat we nog niet kunnen nabouwen. Bij de pancreastransplantatie is die exocriene secretie overbodig en we moeten proberen die veteringssappen kwijt te raken. Hans Sollinger, een al jaren in de Verenigde Staten van Amerika werkende Duitser heeft veel origineel werk gedaan op dit gebied. Hij heeft in de literatuur beschreven experimenteel werk herhaald en vervolgens dit bij de mens toegepast. De oplossing die hij uitwerkte voor het kwijtraken van die overbodige sappen was deze afvoeren naar het dichtbij gelegen orgaan, de urineblaas. Een probleem is dat deze sappen in de geactiveerde vorm zeer agressief zijn, ze moeten immers helpen bij de vertering van voedsel, en het was maar zeer de vraag of de wand van de urineblaas en de urethra bestand waren tegen deze sappen. Dat viel gelukkig mee, zelden treedt activatie op. Hoe nu de afvoergang van het pancreas met de urineblaas te verbinden? Sollinger (1) stulpte het pancreas in de blaas, maar dit gaf lekkage. Toen verbond hij de afvoergang met

een rozet van darmslijmvlies met de blaaswand (2). Nu heeft het pancreas twee afvoergangen, een grote en een kleine. Ze komen op enkele centimeters van elkaar uit in de twaalfvingerige darm. Die rozet die Sollinger maakte was rond die grote uitvoergang, maar ook hier trad lekkage op. De logische volgende stap was niet een rozet te gebruiken maar een segment van die twaalfvingerige darm en dat segment te verbinden met de urineblaas. Deze constructie, niet meer dan een logische, werd door ons bij onze eerste transplantatie gebruikt. En met succes. Twee weken later deed een Amerikaan deze voor de hand liggende techniek ook, zonder dat we het van elkaar wisten. Hij (3) publiceerde het echter eerder dan wij (4) en het staat op zijn naam.

Zoals zo vaak in de geneeskunde begint deze techniek ook alweer te verouderen en wordt nu de meer logische drainage naar de darm populair. Men durfde dat destijds niet omdat bij gebruik van die zware medicijnen lekkage van een darmnaad tot zeer grote problemen zou leiden. Bij de door ons gepropageerde drainage naar de urineblaas zijn er twee problemen en dat is abnormaal veel zout verlies (met die exocriene secretie) en irritatie, toch, van de urineblaas. Om die redenen hebben wij al bij twee patiënten een omzetting moeten doen van blaas naar darm, overigens zonder problemen.

Wij deden nog iets bijzonders. In die tijd mislukte de pancreas transplantatie nog al eens door trombose van het transplantaat, het dicht slibben van de bloedvaten. Er gaat ook maar weinig bloed door een pancreas, ongeveer 1% van het hart minuut volume. Tom Starzl(5) transplanteerde met het pancreas ook de milt als een preparaat. De milt krijgt 5% van het hart minuut volume en het hele preparaat dus 6%, en daarmee hopelijk zoveel bloed dat er minder trombose optreedt. Maar die milt is immunologisch een zeer actief orgaan en zou bij de onderdrukking van de afweer van de patiënt door de zware medicijnen een gevaar kunnen opleveren. Er is ook wetenschappelijk onderzoek dat aantoonde dat het includeren van de milt bij proefdieren juist een gunstig effect heeft. Wij hebben toen het concept ontwikkeld dat wij de milt vòòr de

transplantatie bestraalden in de hoop daarmee de immunologisch actieve cellen te doden. Dit was niet zo eenvoudig want het preparaat moest natuurlijk steriel blijven. Toch hebben we de techniek weer verlaten, omdat bleek dat er wel vitale cellen van de donor in de ontvanger circuleerden. Kennelijk is een bestraling bij 4 graden Celsius niet echt effectief.

Het is die zelfde Sollinger die in het lab onder leiding van de veel te vroeg overleden Nederlander Oene Belzer een nieuwe bewaarvloeistof voor het pancreas heeft ontwikkeld waarbij er veel minder vaak trombose optrad bij pancreas transplantatie (6). Genoemd naar de universiteit waar beiden werkten, wordt de vloeistof de University of Wisconsin oplossing genoemd, kortweg UW. Deze vloeistof is een doorbraak en het percentage trombose is nu bijzonder laag.

Eddy Adang (7) heeft in onze groep belangrijk werk gedaan naar de kwaliteit van leven van patiënten met een pancreas transplantatie. Zijn proefschrift is voor een deel op dit onderzoek gebaseerd. Hij wordt vaak geciteerd.

De pancreas transplantatie heeft voor onze groep nog een goede spin-off gehad. Ik werd op een zekere dag gebeld door Carl Groth van het Karolinska Instituut in Stockholm "of er in Nederland aan apen was te komen, in Zweden zaten alle apen in aids research". Hij kon een nieuw geneesmiddel van een Japanse firma ter beproeving bij pancreas transplantatie krijgen. Ik vroeg enkele dagen tijd om me te informeren en na twee dagen kon ik hem de verheugende mededeling doen dat in Nijmegen een kolonie apen zat die betrokken was geweest bij gedragswetenschappelijk onderzoek maar het onderzoek was klaar en men wist eigenlijk niet wat te doen met die kolonie. Wij zijn toen een logistiek ingewikkeld programma gaan opzetten: Zweedse en Maastrichtse chirurgen in samenwerking met Nijmeegse dierenverzorgers in Nijmegen aan het experimenteren. Dat bleek niet haalbaar en dankzij onze veterinaire Ton van den Boogard konden we verhuizen naar Maastricht en met voortvarendheid zijn we toen hier in Maastricht doorgegaan. Hoe apen suikerziek te maken? Bij ratten

is dit eenvoudig, een bepaald middel vernietigt die eilandjes waar we het over hadden. Dit bleek niet te werken in de aap. Wij zijn overgegaan op een zeer rigoureuze procedure: het weg nemen van het pancreas. Als men zich realiseert dat zo'n Java aap slechts 4 kg. weegt dan is het opereren als dat bij een pasgeborene. Omdat die pancreas midden in het lichaam zit moet die operatie uiterst omzichtig worden gedaan. Daarna moet dan in dezelfde zitting het pancreas van de donor aap worden getransplanteerd. De apen hadden echt Intensive Care nodig na de operatie en die werd gegeven door René Wijnen, geen wonder want het was zijn promotie onderzoek. De uitkomsten (8) van het onderzoek waren buitengewoon gunstig: het middel FK-506 bleek zeer goed afstoting te voorkomen en het had weliswaar een bijwerking, namelijk dat het suikerziekte veroorzaakt, maar slechts in zeer hoge doseringen. Deze belangrijke informatie heeft er mede toe geleid dat dit medicijn nu als Prograft het middel van eerste keuze is bij de pancreas transplantatie bij mensen. Maar nu de spin-off. Professor Hans van Hooff, mijn evenknie van de Interne Geneeskunde voor de transplantatie, kreeg door dit experimenteel werk gelegenheid een leidende rol te spelen in de toepassing van dit middel bij de niertransplantatie bij de mens (9). Hij fungeerde als een van de centrale figuren in de eerste grote Europese trial en wij konden zodoende als een van de eersten beschikken over dit ook bij nierpatiënten zeer krachtige medicijn. Onze nier- en natuurlijk onze pancreas-nier transplantatie patiënten hebben kunnen profiteren van deze activiteiten.

Men zegt wel eens dat zo'n pancreas transplantatie de patiënt een inwendige bron van insuline bezorgt, maar dat is minder dan de helft van de waarheid. Er wordt met een pancreas een regel- en meet systeem ingebouwd, dat nog niet in de vorm van een artificiële pancreas is te overtreffen. De enige manier om bij een suikerzieke patiënt een normalisatie van de parameters te bereiken is transplantatie.

Er wordt op vele fronten o.a. in Groningen (10) gewerkt aan het isoleren van de eilandjes uit het pancreas en deze eilandjes dan te

transplanteren. Dit is chirurgisch- technisch veel eenvoudiger, de eilandjes hoeven dan alleen maar in de portaal circulatie, of misschien ergens anders, te worden ingespoten. Het concept is goed maar het werkt vandaag nog niet bevredigend, maar wie weet, misschien morgen (11) wel!

Ik heb gesproken over diverse chirurgische technieken en ik meen dat de belangrijkste inbreng van de chirurg in een team is te zorgen voor een zeer goed niveau van deze chirurgische techniek, innoverend en conform de stand van de wetenschap.

Kinderchirurgie.

Toen Co Greep mij in het voorjaar 1980 vroeg naar Maastricht te komen, ging dat op de typische Co Greep manier. Hij wilde graag een afspraak met mij en stelde voor elkaar halverwege Groningen en Maastricht te treffen en hij stelde Hotel Wientjes in Zwolle voor,... en of 8.30 uur -'s ochtends- schikte...! Voor mij natuurlijk geen probleem maar Co is die ochtend wel zeer vroeg opgestaan! Het gesprek liep goed, ik bleek mij toch wel in de picture te hebben “gesneden” met het levertransplantatie programma dat Ruud Krom en ik onder de bezielende leiding van Chris Gips in Groningen waren gestart. Ruud en ik hadden beide een jaar in Denver Colorado gewerkt bij de godfather van de levertransplantatie Tom Starzl. De chirurgische techniek had voor ons geen geheimen. Ruud Krom is later terug gegaan naar de Mayo Clinic in Rochester, waar hij nu een succesvol levertransplantatie programma leidt.

Co stelde voor dat ik in Maastricht mij vooral zou bemoeien met het opstarten van het niertransplantatie programma. Ik bood aan ook de kinderchirurgie op te starten met name omdat ik daar in Groningen ook actief bij betrokken was. Dat was natuurlijk in de ogen van Co mooi meegenomen want Maastricht moest opstoten in de vaart der volkeren. Bij de daarop volgende oriënterende

bezoeken hebben Mariette en ik evident de Vip-behandeling gehad, iets waar je natuurlijk pas later achterkomt. We werden rondgereden door Zuid Limburg en dineerden in diverse restaurants met diverse stafleden. Na een van die etentjes, deze keer in het stamcafé van de chirurgie: Chateau Neercanne, ben ik met Peter Soeters opgelopen en heb ik hem gevraagd of het allemaal zo mooi was als het werd voorgesteld. Peter gaf het eerlijke antwoord: “nog niet maar ik denk wel dat het geweldig gaat worden.”. Aan deze uitspraak heb ik me toen maar vastgeklampt en besloten de sprong te wagen. Het werd zoals Jos Lemmens het later eens zo charmant uitdrukte: een geslaagde transplantatie.

Inderdaad die Kinderchirurgie. Voor het opzetten van de kinderchirurgie had ik het tij mee. Er bestond een duidelijke tendens in Nederland deze complexe en gespecialiseerde chirurgie niet meer overal te doen maar in een aantal daartoe uitgeruste centra te concentreren. Vier centra waren groot, Rotterdam, Amsterdam, Nijmegen en Utrecht. Groningen was actief, maar had geen hoogleraar kinderchirurgie en Maastricht had voornamelijk plannen. Er werd een commissie van de Gezondheidsraad (12) opgericht om de Minister te adviseren over die concentratie van de kinderchirurgie. Professor Kuijjer, mijn zeer gewaardeerde leermeester uit Groningen en ook ik maakten deel uit van die commissie. De commissie heeft er lang over gedaan, wel 5 jaren, en daardoor kreeg ik de tijd de zaak in Maastricht op te zetten. Dat was niet geslaagd als niet vanaf de eerste dag Wiel Maertzdorf, de kinderarts-neonatoloog niet dezelfde idealen en visie had gehad: hij runde op een geweldige manier dag en nacht de neonatale Intensive Care. Het lukte mede door de inzet van George Sie en Cor Baeten onze kinderchirurgie op de kaart te krijgen en vanuit Midden en Zuid Limburg hoefden de kindertjes niet meer naar “het Noorden”.

Het toeval heeft ook een rol gespeeld. Vanwege het probleem gestuurd onderwijs kwamen geregeld buitenlanders naar Maastricht voor een cursus over dit vernieuwende onderwijs

systeem. Zo ook Hossam Hamdy uit Ismailiya, Egypte. Hij is kinderchirurg en al snel wisselden we ideeën uit. Hij nodigde me uit naar Ismailiya en daar nam ik kennis van de manier waarop hij de eenvoudige kinderchirurgie had opgezet. Onder een moskee had hij ruimte gehuurd en dit omgebouwd tot een centrum voor dagbehandeling van kinderen. Onmiddellijk hebben we ook in Maastricht die dagbehandeling voor kindertjes ingevoerd en met groot succes. Alleen niet voor het onderwijs in de kinderchirurgie: het schema dat we aanhielden was woensdag opname van de op donderdag te opereren kinderen. Op die woensdagmiddag ging ik dan met de co-assistenten kijken bij die kinderen en demonstreren hoe een liesbreuk of een niet ingedaald balletje moest worden onderzocht. Die structuur kon niet gehandhaafd blijven met de dagbehandeling. Daarvoor in de plaats kwam het wekelijkse uurtje Kinderchirurgie.

Hier moet nog eens nadrukkelijk worden vermeld hoe belangrijk met name in die kinderchirurgie teamwerk wel is. Het is immers zo dat wij chirurgen bij die dagbehandeling van kinderen dezelfde operaties doen als bij klinische opname. Het is de anesthesist die door aanpassing van de narcose het mogelijk maakt dat die kinderen dezelfde dag weer naar huis kunnen tot genoegen van kind en ouders, en ook grootouders. Dat maakt de kinderchirurgie zo bijzonder, je hebt niet alleen te maken met de patiënt maar meer nog met de ouders en ook grootouders, die allemaal zeer emotioneel bij de behandeling betrokken zijn. Ik heb altijd die emotie bij grote, ingrijpende operaties bij kinderen professioneel goed kunnen hanteren, maar naarmate ik ouder werd, bemerkte ik dat dat toch wel wat veranderde. Nu ik zelf twee dropjes van kleinkinderen heb denk ik dat het misschien moeilijker zou zijn geworden. Even heb ik overwogen de stelling te poneren: een kinderchirurg die grootvader is geworden doet er goed aan het mes neer te leggen. Nee, niet verdedigbaar, deze stelling!

In het rapport van de Gezondheidsraad kreeg Maastricht een beetje wel en een beetje niet erkenning. Maar we hebben doorgezet. Ik heb echter moeten ervaren dat het trekken van twee

aandachtsgebieden in de chirurgie niet goed mogelijk is. Als je de congressen voor beide aandachtsgebieden wilt volgen ben je te weinig thuis om de daarbij behorende chirurgie in de lucht te houden. In feite is de doorbraak pas echt gekomen met de komst van Erik Heineman, opgeleid tot kinderchirurg in het Sophia Kinderziekenhuis te Rotterdam. Zijn kennis, energie en leiderschap maakten hem tot de expert op het gebied van de kinderchirurgie die we in Maastricht nodig hadden. Aangezien Heineman gepromoveerd was op dunne darm transplantatie, deed hij ook enthousiast mee aan de verdere ontwikkeling van het aandachtsgebied transplantatie. Erik is echter een zeer ondernemend iemand: hij had al een aantal jaren als arts in Nepal gewerkt en hij wilde daar graag nog eens naar terug. Toen dit om bepaalde redenen niet opportuun was, verraste hij mij op een goede dag met het bericht dat hij gesolliciteerd had naar de functie van hoogleeraar kinderchirurgie in Auckland, Nieuw-Zeeland. Een nog niet bestaande functie aldaar. Hij kreeg die baan met vlag en wimpel. Gelukkig dook een van onze jonge chirurgen, Ernst van Heurn in het gat dat Erik achterliet en hij heeft zich tot een zeer bekwaam kinderchirurg en ook transplantatie chirurg opgewerkt. Interessant is dat Heineman zijn onderzoek programma, mede door de niet aflatende inspanning van Wim Buurman heeft voortgezet, zodat op een gegeven moment 5 studenten en artsen uit Maastricht in Auckland aan het werk waren. Het goede nieuws is dat Erik Heineman medio 2001 met zijn gezin terugkomt naar Maastricht. Ik verheug me op het sterke team dat dan die kinderchirurgie in Maastricht tot verdere bloei gaat brengen te meer omdat ook de aanpalende afdelingen zoals de Neonatologie, de Kindergeneeskunde, de Kinderanesthesiologie, de Genetische counseling en de Radiodiagnostiek voortreffelijk functioneren en dus alle leden van het team op niveau aanwezig zijn. Het was een lange weg die de kinderchirurgie te gaan had maar het was de inspanning meer dan waard. En het is nu zondermeer een feit.

Niertransplantatie.

Graag wil ik nog eens terug komen op de nier transplantatie. Daarvoor en voor een deel van het management was ik immers naar Maastricht gekomen. Er was destijds in 1980 nog geen academisch ziekenhuis, wel bestond een virtueel academisch ziekenhuis onder leiding van wijlen Sjef Verhey. Hij heeft mij goede adviezen gegeven met betrekking tot die transplantaties. Als oud directeur van het Academisch Ziekenhuis in Leiden had hij daar ook ervaring mee. Hij raadde me aan een commissie niertransplantatie op te richten. Dat werkte goed. Er moest geïnvesteerd worden in een nefroloog en een deskundige op het gebied van de weefseltypering. Ik prijs me nog altijd gelukkig dat het gelukt is Hans van Hooff uit Leiden los te peuten en Ella van den Berg, sinds kort hoogleraar, van het CLB uit Amsterdam. In de zomer 1982 waren we klaar en kon de eerste transplantatie worden verricht. U weet dat er alleen getransplanteerd kan worden als er een nier beschikbaar is via Eurotransplant. Die was er, maar toen was ik op vakantie. Maar mijn vriend Maarten Slooff was zo goed, conform de afspraak, uit Groningen naar Maastricht te komen voor die eerste transplantatie. Hij de primeur!

Wij begonnen met een relatief klein programma en we realiseerden ons dat het belangrijk was te zorgen voor een goed donor programma om zoveel mogelijk patiënten te kunnen helpen. Het is U bekend dat het tekort aan organen de flessenhals van de transplantatie geneeskunde is en dit klemt temeer daar de resultaten van de transplantatie met sprongen vooruit zijn gegaan. Wij menen dat er een uitweg uit dit tekort aan nieren is (13). Voordat het concept "hersendood" geaccepteerd was, werd met de uitname van de nieren pas begonnen nadat het hart was gestopt te kloppen. De patiënt moest immers overleden zijn. Nu we het concept van de hersendood kennen kan dus bij kloppend hart de

donor operatie worden begonnen. We noemen deze donor een heart-beating donor. Wat wij in Maastricht hebben opgepakt is dat oude concept van nieren transplanteren van donoren overleden door een hartstilstand. Omdat dan het hart niet meer klopt noemen we zo'n donor een non heart-beating donor. Het belangrijke onderscheid is dat bij de non heart-beating donor de organen niet meer van bloed worden voorzien, het hart staat immers stil. Dit heeft gevolgen voor de bruikbaarheid van de organen: een hart zal niet transplantabel zijn, longen en lever ook niet, misschien moeten we zeggen, noch niet. Nieren echter hoeven niet meteen te functioneren; we overbruggen de periode totdat ze gaan functioneren door de patiënt weer te dialyseren, zoals ook al voor de transplantatie werd gedaan. Meestal begint zo'n non heart-beating donor nier na 2 à 3 weken te functioneren. Een voorbeeld: iemand krijgt op het werk een hart infarct met een hartstilstand. Omstanders beginnen de resuscitatie, die in de ambulance wordt voortgezet. Bij aankomst in het ziekenhuis wordt de resuscitatie overgenomen. Die bestaat uit hart massage en beademing met zuurstof. Ook worden vaak medicijnen toegediend om het hart weer aan de gang te krijgen. Als het resuscitatie team na b.v. 30 minuten moet vaststellen dat verder doorgaan zinloos is dan wordt gestopt met verder proberen het hart op gang te krijgen. Triest maar waar, de patiënt is overleden. In deze situatie kan er nu sprake zijn van een non heart-beating donor. Er moet in het nationale donor register in Kerkrade worden gekeken of en hoe betrokkene staat geregistreerd. Staat de patiënt niet geregistreerd dan moeten de nabestaanden worden benaderd met de vraag hoe de overledene tegenover orgaandonatie stond. U begrijpt dat dit veel tijd kan nemen en ondertussen gaat er geen bloed meer door die nieren!

Gelukkig staat de Nederlandse wetgeving toe in zo'n situatie, na de overlijdensverklaring, een slangetje in de liesvaten op te voeren om zodoende in het lichaam de nieren al te koelen. We doen dit alleen als er nog geen informatie van het donorregister is of als de familie nog niet is bereikt. De feitelijke uitname van de organen vindt pas

plaats na toestemming van familie of via het register. Door die koeling via dat slangetje verlagen we de temperatuur van de nieren in het lichaam en hoe lager de temperatuur hoe lager de stofwisseling. De nieren blijven door die lage stofwisseling langer in een conditie die transplantatie toelaat.

We hebben in Europa de in onbruik geraakte techniek van machinaal conserveren weer ingevoerd. Normaal bewaren we de nier in een bepaalde vloeistof bij een lage temperatuur. Op die manier bewaard kunnen we niets meten. In de machine kunnen we de druk meten, we kunnen monsters nemen en daarin bepaalde enzymen meten, met name enzymen die bij beschadiging van de nier vrijkomen. Zodoende kunnen we bij benadering de schade kwantificeren en proberen tot een uitspraak te komen over de geschiktheid van de nier voor transplantatie.

Dankzij hulp van diverse zijden slaagt de firma Anatech in Sittard erin een nieuwe machine te bouwen, die een aantal toepassingen van moderne technologie herbergt. We stellen ons veel voor van het werken met deze nieuwe machine met steeds in het achterhoofd dat we zodoende hopelijk meer nieren geschikt kunnen houden voor transplantatie.

Het gebruik van die non heart-beating nieren neemt toe en compenseert ten minste iets voor de dramatische teruggang van het aantal nieren in Nederland.

Toen we in 1994 om de tafel zaten om een workshop over deze non heart-beating donatie te organiseren, meenden we er goed aan te doen de donoren in verschillende groepen (14) in te delen en deze indeling in de workshop te presenteren. Dit werd een succes en wereldwijd heeft men deze criteria overgenomen, en men spreekt van de Maastrichtse criteria. De naamsbekendheid van Maastricht als de stad van het Europese verdrag heeft hier vast aan meegewerkt. U weet toch dat de Rijks Universiteit Limburg is omgedoopt in de Universiteit Maastricht vanwege de naamsbekendheid van Maastricht. Dat Maastricht straks in de geschiedenisboeken staat als de stad van het "Verdrag van

Maastricht" is een verdienste van het College van Burgemeester en Wethouders van deze stad.

De Chirurgie.

Wanneer men mij vraagt naar mijn beroep, zeg ik: chirurg! Er is dan even een stilte en dan komt de vraag: chirurg, maar waarin dan? Zeg ik dan kinderen of transplantatie dan wordt het begrepen. Hoe kan dat? Immers chirurgie en chirurg zijn begrippen van een beroepsgroep, als advocatuur en advocaat. Men vraagt een advocaat toch ook niet waarin hij advocaat is! Toch is het een signaal en het betekent dat men in de chirurgie specialisatie verwacht, zoals b.v. een vaatchirurg, gastroenterologisch chirurg, ongevalschirurg enz. Zo'n verdere specialisatie leeft kennelijk onder de bevolking. Als voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, en ook in de chirurgie in Maastricht heb ik deze differentiatie gepropageerd. Maar wat te doen met die differentiatie in een klein ziekenhuis, waar b.v. 4 chirurgen werken? Daar is het niet goed mogelijk alle 4 een verschillende differentiatie te hebben vanwege de diensten en de outillage van het ziekenhuis. Beter is het wanneer daar Generalisten werken, die goed zijn in de opvang van de acute patiënt en die met name zich hebben toegelegd op de veel voorkomende operaties, zoals o.a. liesbreuken, spataderen, galstenen en darmoperaties. En nog altijd maken deze ziekenhuizen meer dan eenderde uit van het totaal aantal ziekenhuizen. Met name in de samenwerking met de eerste lijn kunnen dergelijke Generalisten een belangrijke rol verrichten in protocol ontwikkeling e.d..

Chirurgie is het mooiste vak dat er bestaat. Immers na om een moeilijke acute buik heen gedraaid te hebben is het heerlijk om in de daarop volgende operatie te weten wat er aan de hand is en daar dan ook iets aan te kunnen doen. De chirurgie heeft het tegenwoordig, althans in de academische ziekenhuizen, niet

gemakkelijk. Het tekort aan met name verpleegkundigen maakt dat er lange wachttijden ontstaan voor de acute patiënt en te lange wachtlijsten voor de andere patiënten. Ik ben ten aanzien van dit tekort optimistisch: er worden aanzienlijk meer verpleegkundigen opgeleid, kennelijk is het beroep toch aantrekkelijk, hoewel het fysiek zwaar is en sociaal niet altijd spoort met de huidige vrijetijds maatschappij.

Veel meer zorgen maak ik mij over de onpraktische en onrealistische werktijden voor arts assistenten in opleiding tot chirurg. De huidige roosters miskennen dat de chirurgie veeleisend is en dat veel chirurgie acuut is. Een teruggang in werkuren van 60 naar 46 is niet in te roosteren te meer daar ook de weekenden in een zelfde regime moeten passen. Ik heb het altijd als een intrigerend fenomeen gezien dat de assistenten chirurgie de felste tegenstanders van de huidige te strakke roosters zijn. Waar behoefte aan is, is een zeer globale omschrijving van de werktijden. En als het voorkomt dat men eens 60 uur in een week moet werken dan zij dat zo. Dat is een inconvenient van het medische beroep. Een chirurgische patiënt wordt maar in eenderde van de gevallen binnen kantooruren ziek, als het weekend wordt meegeteld valt het nog vaker buiten de kantooruren. Waar ik voor pleit is een globale regelgeving, die ruimte laat voor de persoonlijke keuze en wensen van een assistent.

Dank

Dan kom ik nu bij het plezierigste deel van mijn afscheidsrede en dat is die mensen bedanken waar ik mee samen heb mogen werken. Allereerst komt dan Professor Pieter Kuijjer, mijn leermeester in Groningen. Vele goede herinneringen bewaar ik aan die tijd. Op weg naar het ziekenhuis reed Professor Kuijjer vlak langs mijn huis. Toen ik eens op de bus stond te wachten werd ik

opgepikt door Professor Kuijjer en dat is geleidelijk een gebruik geworden. U begrijpt dat ik stipt op tijd moest zijn anders moest ik alsnog met de bus. Goed voor de discipline. Het bood mij de gelegenheid op een vroeg tijdstip van de dag te bestuderen waar een Professor in de Chirurgie zich zoal mee bezig houdt.

Misschien is die periode van de opleiding wel de mooiste tijd: het ontdekken van het vak, het werken aan en houden van de eerste voordracht, de verantwoordelijkheid 's nachts.

Ik heb Tom Starzl die mij een jaar gastvrijheid in Denver heeft gegeven reeds genoemd. Het is een beslissend moment in mijn carrière geweest. Ik zou iedere jonge ambitieuze chirurg willen toeroepen: Young man go West.

Dan kom ik bij Professor Co Greep, een geweldenaar. Ook met hem heb ik een matineuze associatie: in het Annadal ziekenhuis kon ik 's ochtends weten of ik Co voor was. Hij gebruikte een zeer sterke aftershave en rook ik dit in het trapportaal dan wist ik: hij is me weer voor! Ik heb U reeds verteld van mijn eerste contact met Co. Ik was nog niet in Maastricht of hij had me al benoemd in de Interfacultaire Wetenschap Commissie en daar ben ik jarenlang lid en ook voorzitter van geweest. Dit stelde me in staat mensen en structuren in de Faculteit snel en goed te leren kennen. Daar heb ik nu in mijn functie als decaan veel plezier van. Misschien mag ik nog eens herhalen wat ik bij het afscheid van Co heb gezegd en tot uitdrukking heb willen brengen met het cadeau: chapeau voor Co. Voordat ik nu de Heelkunde ga bedanken wil ik eerst Mariette bedanken. U begrijpt dat van" het mes voor de bes " geen sprake kan zijn geweest. Toch heeft zij geaccepteerd dat het werk vaak de eerste prioriteit kreeg en heeft ze zich ingezet voor de opvoeding van Carine, Marjolijn en Adriaan. En met succes!

Mariette heeft altijd veel belangstelling getoond voor de respectievelijke thuisfronten van de collega's en ze heeft een verdiend en geweldig afscheid van de club van dames gehad. Dan de groep chirurgen met wie het zo goed werken was. Ik noemde professor Soeters reeds. Goed was het te werken met Professor Kitslaar, Professor Von Meijenfeldt, Professor Stapert,

Professor Baeten en last but not least Professor Ramsay. Een bijzondere plaats neemt Professor Buurman in. Hij was en is de hoeksteen van veel research dat we samen hebben gedaan. De UHDers en AHSers Tordoir, Greve en Deutz en de UDer's Beets, Eggink, van Heurn, Schurink, Sie en Verbruggen. Ook Maurits de Brauw maakte tot voor kort deel uit van deze rij van collega's met wie ik als vrienden heb mogen samenwerken. Heel veel oprechte dank. De genoemde collega's zijn die van het laatste uur. Zij zijn vooraf gegaan door vele anderen, een opleidingskliniek moet het van doorstroming hebben, ook hen hartelijk dank.

Tot slot wil ik Professor Michel Jacobs die met veel verve de leiding van de vakgroep heeft overgenomen heel veel succes wensen. De voortekenen zijn goed en ik hoop dat hij even veel plezier aan de groep beleeft als ik dat heb gehad. Erik Heineman, mijn vriend in Nieuw-Zeeland die straks zijn koffers gaat pakken voor terug naar Maastricht wil ik bedanken voor de bijzondere vriendschap. In de heer Carpay, voorzitter van de Raad van Bestuur van het Academisch Ziekenhuis wil ik de Raad van Bestuur bedanken voor het gewillig oor dat ik als afdelingshoofd bij hen vond. Ook de assistenten en de verpleegkundigen met wie het zo plezierig samen werken was wil ik bedanken. We hadden allen hetzelfde doel:

Salus aegroti suprema lex!

Ik heb gezegd!

Literatuur.

- 1) Sollinger HW, Cook K, Kamps D, Glass NR, Belzer FO. Clinical and experimental experience with pancreaticoduodenocystostomy for exocrine pancreatic drainage in pancreatic transplantation. *Transpl Proceed* 16: 749-531, 1984.
- 2) Sollinger HW, Kalayoglu M, Hoffmann RM, Deierhoi MH, Belzer FO. Experience with pancreaticocystostomy in 24 consecutive pancreas transplants. *Transpl Proceed* 17: 141-143, 1985.
- 3) Corry RJ, Nghiem DD, Schulak JA, Beutel WD, Gonwa TA. Surgical treatment of diabetic nephropathy with simultaneous pancreaticoduodenal and renal transplantation. *SGO* 162: 547-555, 1986.
- 4) Kootstra G, van Hooff JP, Jörning PJG, Leunissen KML, van der Linden CJ, Beukers E, Buurman WA. A new variant for whole pancreas grafting. *Transpl Proceed* 19: 2314-2318, 1987.
- 5) Starzl TE, Iwatsuli S, Shaw BW, Greene DA, Van Thiel DH, Nalesnik MA, Nusbacher J, Diliz-Pere H, Hakala TR. Pancreaticoduodenal transplantations in humans. *SGO* 159: 265-272, 1984.
- 6) D'Alessandro AM, Stratta RJ, Sollinger HW, Kalayoglu M, Pirsch JD, Belzer FO. Use of UW solution in pancreas transplantation. *Diabetes* 38: Suppl. 1: 7-9, 1989.
- 7) Adang EM, Kootstra G, Engel GL, van Hooff JP, Merckelbach HL. Do retrospective and prospective quality of

life assessments differ for pancreas-kidney transplant recipients? *Transpl Int* 11:11-15, 1998.

- 8) Ericson BG, Wijnen RM, Tiebosch A, Kubota K, Kootstra G, Groth CG. The effect of FK506 treatment on pancreaticoduodenal allotransplantation in the primate. *Transplantation* 53: 1184-1189, 1992.
- 9) Mayer AD, Dimitrevski J, Squifflet JP, et al. Multicenter randomized trial comparing tacrolimus (FK506) and cyclosporin in the prevention of renal allograft rejection: a report of the European Tacrolimus Multicenter Renal Study Group. *Transplantation* 64: 436-443, 1997
- 10) Fritschy WM, Wolters GH, van Schilfgaarde R. Effect of alginate-polylysine-alginate microencapsulation on in vitro insulin release from rat pancreatic islets. *Diabetes* 40: 37-43, 1991.
- 11) Shapiro AMJ, Lakey JRT, Edmonds AR, et al. Islet transplantation in seven patients with type 1 Diabetes Mellitus using a glucocorticoid free immunosuppressive regimen. *N Engl J Med* 343: 230-238, 2000.
- 12) Chirurgie bij kinderen, de noodzaak tot concentratie. Gezondheidsraad, Den Haag, 1989.
- 13) Kootstra G. The asystolic, or non-heartbeating donor. *Transplantation* 63: 917-921, 1997.
- 14) Kootstra G, Daemen JH, Oomen AP. Categories of non-heart-beating donors. *Transpl Proceed* 27: 2893-2894, 1995.