

Nederlands Tijdschrift voor

# Heelkunde



Geven en nemen

NU VERGOED\*

“Ik dacht dat ik mijn verjaardag  
nooit meer zou vieren,  
maar gelukkig is dat toch gebeurd”

*Teunis, 75 jaar*

# LIBTAYO<sup>®</sup> een doorbraak bij gevorderd CSCC: Eerste en enige (EMA) goedgekeurde systemische therapie voor volwassen patiënten met gevorderd cutaan plaveiselcelcarcinoom<sup>‡,1</sup>

\* Vergoed via DRUG Access Protocol

‡ LIBTAYO<sup>®</sup> als monotherapie is geïndiceerd voor de behandeling van volwassen patiënten met gemetastaseerd of lokaalgevoerd cutaan plaveiselcelcarcinoom (cutaan squameuzecelcarcinoom, mCSCC of laCSCC) die niet in aanmerking komen voor curatieve chirurgie of curatieve radiotherapie.<sup>1</sup>

▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Daardoor kan snel nieuwe veiligheidsinformatie worden vastgesteld. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via de website van het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb ([www.lareb.nl](http://www.lareb.nl)).

SANOFI GENZYME 

Voor VPI en referenties zie elders in deze uitgave.

MAT-NL-2100017-1.0 – 01/2021

 LIBTAYO<sup>®</sup>  
(cemiplimab)

# In dit nummer

---

04 Van het bestuur

05 Nieuws

## **Thema: Geven en nemen**

6 In gesprek met chirurg Andrzej Baranski

10 Een korte impressie van een geslaagd peer-to-peer-werkbezoek

11 Hjalmar van Santvoort over de samenwerking tussen vakgroepen chirurgie van het St. Antonius Nieuwegein en het UMC Utrecht

13 Op weg naar nieuwe verbindingen met de industrie

15 Column Koen Talsma

16 De gevende patiënt

## **Operationeel**

22 Kwaliteit

26 Tijd voor optimisme: Zin in zorg

28 Onderzoek: Hepatothorax van een geruptureerde lever als zeldzame oorzaak van thoracale verbloedingsschok tijdens spoedthoracotomie na stomp trauma

31 Klinische les: Onbegrepen buikpijnklachten na gastric bypass

## **Hechting**

33 Io by VAGH

36 Dr. McStreamy

37 Personalia

37 Colofon

38 Het laatste steekje



**Geven en nemen**

# Het chirurgische leven gegeven



In januari van dit jaar overleed mijn Oom Jan, J.W. Duynstee. Hij was een goede studievriend van mijn vader en in tegenstelling tot de beroerde leeftijd-prognose voor de Nederlandse chirurg, werd Oom Jan 97 jaar. In 1955 brak hij bij het schaatsen zijn pols en samen gingen ze voor behandeling naar de Mariastichting in Haarlem, waar hij later onder de oud-collegae Van der Laan en Koot werd opgeleid tot chirurg. Daarna vestigde hij zich in Zevenaar. De Mariastichting fuseerde en ik werk nu in de opvolger ervan.

In de tijd van mijn vader en Oom Jan werd de huidige chirurgische praktijk vorm gegeven. Twee jaar geleden hoorde ik van professor Van Schilfgaarde tijdens een diner dat mijn vader ooit in het bestuur van de NVvH duidelijk had gemaakt dat het geld, dat beschikbaar kwam voor het opleiden van een chirurg, naar de gewone chirurgische praktijk moest, omdat het ook de toenmalige chirurgen waren die hiervoor inkomen inleverden ten behoeve van die opleiding. 'Waarom zouden we anders chirurgen in opleiding dulden in onze praktijk?' was de gedachte hierachter. Inmiddels gaat het "rugzakje" naar de ziekenhuizen en is het jaarlijks strijd om de grootte van de bijdrage voor de chirurg in opleiding. Eerst geld afnemen, dan realoceren en vervolgens laten verdwijnen. Soms is het meer nemen dan geven.

Hetzelfde geldt voor ons kwaliteitsbudget. Vanaf 2007 werd vanuit het uurhonorarium van de medisch specialisten een bijdrage ter beschikking gesteld voor de toen opgerichte Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS). Deze stichting bestaat nog steeds, maar is in een recente bestuurlijke ronde ondergebracht bij ZonMW. Dat maakt dat een andere groep mensen de scepter zwaait over het budget - ons budget! - en dat de toekenning van subsidie nu schimmige wegen bewandelt. Er is een trend alles alleen te willen vangen in richtlijnen. Onafhankelijke kwaliteitsprojecten, dus niet direct vakinhoudelijk gerelateerd, komen daarmee onder druk te staan. Als meest recente voorbeelden kan ik noemen het onderzoek naar fit-to-perform, praktijkvariatie en de mindsetmeter. Out of the box, maar zeker bijdragend aan de kwaliteit van de chirurgische zorg. We moeten ervoor waken dat we onafhankelijke kwaliteitsprojecten kunnen blijven doen en dat het ook hier niet te veel geven en te weinig nemen wordt.

Want kwaliteit leveren we. Het kwaliteitsbeleid van de vereniging is in de loop der jaren vormgegeven en heeft geleid tot aantoonbaar hoog kwalitatieve chirurgische zorg in Nederland. Dat is niet zonder slag of stoot gegaan. Uit de jaarlijkse rapportages blijkt, dat de uitkomsten van zorg zo naar elkaar toe zijn gegroeid, dat er

nauwelijks meer onderscheid te maken is tussen de ziekenhuizen. En dat is precies de bedoeling. De gemiddelde chirurgische praktijk levert zorg op het hoogste niveau en dat kunnen we nog laten zien ook. Natuurlijk is er ruimte voor verbetering, maar die ruimte wordt kleiner. Immer een onderwerp van discussie blijven wel de volumennormen. Hoger, lager, aangetoond beter, niet aangetoond beter. Er zijn leden die hun praktijk graag zien groeien ten koste van anderen en er zijn externe partijen die hen daarbij helpen. Toch hebben de volumennormen geleid tot het geven en nemen van ingrepen tussen ziekenhuizen onderling en in de uitkomsten van zorg tot een zichtbare verbetering van de kwaliteit. Misschien soms met een bezwaard hart, maar het geven en nemen binnen onze praktijk is de chirurgische patiënt ten goede gekomen.

Mijn Oom Jan stelde kwaliteit van leven boven alles en bleef daarbij fit-to-perform tot op hoge leeftijd. Helder als hij was, had hij zeker een boekje kunnen opendoen over de laatste 50 jaar geven en nemen in de chirurgische praktijk! ■

**Hein Stockmann, secretaris Kwaliteit en Veiligheid**

# Terugblik Voorjaarsdag 2021

## Beeld – Vorming: Hier & Nu

**Afgelopen mei vond de Voorjaarsdag 2021 ‘Beeld – Vorming: Hier & Nu’ plaats. Bijna 700 deelnemers namen online deel aan het tweede online NVvH congres.**



Opening online Voorjaarsdag 2021 Beeld – Vorming: Hier & Nu door Anne den Hartog – voorzitter Congrescommissie NVvH.

door Rond de Tafel gesprekken waarin met kleinere groepen chirurgen gediscussieerd werd over uiteenlopende onderwerpen. Tijdens het parallelprogramma werden 15 sessies georganiseerd door de subverenigingen en werkgroepen vna de NVvH.



Renu Bahadoer en Esmee Dijkstra ontvangen van NVvH voorzitter Jaap Bonjer de Schoemakerprijs 2021 in de categorie ‘Beste artikel’.

### Beeld – Vorming: Echo & Toepasbaarheid

In de plenaire sessie over Echo & Beeldvorming spraken Schelto Kruijff en Julien Puylaert over de vele mogelijkheden en toepassingen van de echografie.

### Rond de Tafel gesprekken met partners en parallelsessies

Ook tijdens deze digitale versie van de Voorjaarsdag was er de mogelijkheid om met de partners van de NVvH in gesprek te gaan.

Dit werd mogelijk gemaakt



Jochem Nooyen zorgde gedurende de dag voor entertainment met een aantal illusies geheel in het thema Beeld – Vorming.

### Beeld – Vorming: Media & Imago

Diederik Gommers en José Woldring gingen met Anne den Hartog en Ivar de Bruin in gesprek over Media & Imago. Diederik Gommers was als voorzitter van de NVIC veel te zien in de Nederlandse media afgelopen jaar en begon een eigen Instagram account waar hij nu honderd duizenden volgers op heeft. In het gesprek werd onder andere gesproken over hoe chirurgen media in kunnen zetten om doelen te behalen.

### Uitreiking Schoemakerprijs

Nigel Kooreman won met zijn proefschrift ‘*Immunogenicity and Tumorigenicity of Pluripotent Stem Cells*’ de Schoemakerprijs 2020 voor het beste proefschrift. De prijs voor het beste artikel ging naar Esmee Dijkstra en Renu Bahadoer met hun artikel ‘*Short-course radiotherapy followed by chemotherapy before total mesorectal exision (TME) versus preoperative chemoradiotherapy, TME, and optional adjuvant chemotherapy in locally advanced rectal cancer (RAPIDO): a randomised, open-label, phase 3 trial*’.

De NVvH bedankt de Congrescommissie, sprekers, voorzitters en de partners voor hun bijdrage aan de Voorjaarsdag 2021. Ook bedanken we de leden voor het meekijken met de livestream. Wij hopen u allen te zien tijdens de Chirurgedagen 2021 op donderdag 18 en vrijdag 19 november in Veldhoven. ■

Met dank aan Gijs van Acker voor de foto’s.

---

## Over het thema: Geven en nemen

**Als chirurg of AIOS ben je gewend om in je dagelijkse werk veel te geven. Je investeert een belangrijke deel van je tijd en energie om de patiënt de zorg te bieden die hij of zij verdient. Misschien schuilt daarin wel de grootste voldoening van het vak, want je krijgt er immers vaak ook veel voor terug. In dit nummer besteden we aandacht aan het geven en nemen in een breder kader en dan blijkt dat er ook vele patiënten zijn die op originele wijze iets willen teruggeven.**

**Onlangs is chirurg Andrzej Baranski benoemd tot hoogleraar heekunde, in het bijzonder onderwijs van chirurgische technieken voor de uitname, preservatie en transplantatie van abdominale organen. Een uitgelezen kans om hem binnen het thema ‘geven en nemen’ te interviewen.**

**Door: Hidde Kroon**

Tijdens de opleiding werkt iedere AIOS samen met chirurgen die na verloop van tijd een rolmodel blijken te zijn. Voor veel van de in Leiden opgeleide chirurgen is Andrzej (Andre) Baranski zo'n rolmodel. Nog geregeld, als het even lastig wordt op OK, denk ik: 'Wat zou Baranski doen?' In 2013 tijdens de LUMC skireis leerde ik hem al dansend met een dienblad vol Poolse wodka kennen, terwijl hij ieders glas voortdurend bijvulde. Deze vrijgevege sierlijkheid zie je terug in zijn werk. Met melodieuze intonatie vertelt hij op de overdracht over de anatomie, vaak ad hoc geïllustreerd met foto's van de beschreven operatie. Hierdoor kon ik hem in het holst van de nacht assisteren bij uitnames waar hij ogen-schijnlijk zonder spanning de organen vrij prepareerde, en ook de levertransplantaties gleden als een harmonieus muziekstuk voorbij.

### **Gefeliciteerd met uw benoeming tot hoogleraar aan Universiteit Leiden. Hoe gaat u de leerstoel invullen?**

“Hartelijk dank! De titel die ik heb aanvaard is lang: hoogleraar heekunde, in het bijzonder onderwijs van chirurgische technieken voor de uitname, preservatie en transplantatie van abdominale organen. Desalniettemin is het een titel die goed bij de diverse facetten van de transplantatiechirurgie als ook bij mijn loopbaan aansluit. Na vele jaren in het vak werd het probleem van de chirurgische schade aan uitgenomen organen mij steeds duidelijker. Verschillende nationale en internationale transplantatieorganisaties in Europa, Azië en Noord-Amerika zijn dienstengevolge begonnen met het opstellen van diverse onderwijsprogramma's volgens het 'Leids recept'. Dat wil zeggen, volgens het gehele educatietraject dat wij door de jaren heen in Nederland hebben ontwikkeld en wereldwijd uitdragen. Mijn leerstoel is er dan ook op gericht chirurgen te trainen zo veel mogelijk chirurgische fouten te voorkomen. Een goed getrainde chirurg leidt immers tot betere kwaliteit van de uitgenomen organen en langere overleving van het orgaan en de ontvanger. Daarom ontwikkel ik cursussen op het gebied van nieuwe operatietechnieken en chirurgische anatomie. Deze cursussen worden inmiddels overal ter wereld, tot in China en Afrika, gegeven.”



# “Een goede chirurg wordt iedere keer weer verliefd op de patiënt die hij of zij gaat opereren”

## **Wat binnen de transplantatiechirurgie wekte bij uw interesse als jong chirurg?**

“Wellicht is dit een cliché, maar als jong chirurg wekte eigenlijk alles mijn interesse. Transplantatie van abdominale organen is boeiend omdat het alle abdominale chirurgische specialisaties – inclusief vaatchirurgie – omvat. Vooral de vele verschillende operatietechnieken wekten mijn interesse destijds. Enerzijds fascineerde mij dit, anderzijds was dit ook iets wat mij in het begin, toen ik als student getransplanteerde patiënten verzorgde en later bij transplantatie-operaties assisteerde, in zekere zin afschrikte. Ik heb toen getwijfeld of ik het ooit zou kunnen leren om zelfstandig transplantatiechirurgie uit te kunnen voeren.”

## **Geven en nemen is de essentie van transplantatiechirurgie. Wat zijn uw favoriete organen om te nemen en te geven?**

“Ik geniet van het uitnemen en transplanteren van alle abdominale organen. Na al die jaren zijn er nog steeds zeer moeilijke uitnamen en moeilijke transplantaties. Het orgaan dat mij de meeste tijd heeft gekost om de anatomie ervan te leren en de techniek van het uitnemen en transplanteren te begrijpen, was het pancreas. Ondanks dat het pancreas een relatief moeilijk orgaan is, zijn we er in Leiden in geslaagd uit te groeien tot één van de grootste alvleeskliertransplantatiecentra in Europa.”

## **U heeft de verschillende leerboeken geschreven, (e-)cursussen ontwikkeld en chirurgische technieken bedacht. Waarop bent u het meest trots?**

“Op het eerste boek dat in 2009 door Springer is gepubliceerd en populair is in de transplantatiewereld. Het is een Engels boek en vertaald in het Russisch, Pools en Chinees. Daarnaast ben ik ook trots op de orgaanuitname-e-learningmodules die ik in samenwerking met de universiteiten van Oxford, Newcastle en Groningen, de Nederlandse Transplantatie Stichting en de National Health Service in het Verenigd Koninkrijk heb ontwikkeld. Tot slot kan ik ook mijn laatste boek over de verschillende technieken van uitname van de nieren niet onbenoemd laten. Ik moedig jonge en beginnende chirurgen van harte aan het te lezen.”

“Ik ben een gelukkig chirurg die het voorrecht heeft de grootste en moeilijkste operaties te doen die bij een mens kunnen worden uitgevoerd”

#### Hoe bent u als Pools chirurg in Nederland terechtgekomen?

“Toen ik naar Leiden kwam, had ik elf jaar op de Warschau Universiteit gewerkt als vaat- en transplantatiechirurg en mijn proefschrift geschreven over levertransplantaties bij honden. Daarna heb ik drie jaar als fellow aan de Université Catholique de Louvain in Cliniques Universitaires Saint-Luc in Brussel op de lever-, pancreas-, nier- en organenuitname-afdeling gewerkt. Vervolgens heeft Leiden mij mogelijkheden gegeven om mij verder te kunnen ontwikkelen en op wereldniveau cursussen te kunnen creëren. In postsocialistisch Polen zou ik die kansen waarschijnlijk nooit hebben gehad.”

#### Wat vond u het moeilijkst aan het wonen en werken in Nederland?

“Wat het wonen in Nederland betreft, hebben mijn familie en ik nooit problemen gehad. De Nederlanders zijn aardig en behulpzaam. Maar wat het werken betreft, ben ik wel op wat moeilijkheden gestuit. Toen ik in 1995 in Leiden kwam, hoorde Polen nog niet bij de EU. Hierdoor duurde het twee jaar voordat VWS mijn specialisatie erkende. Gek genoeg moest ik ook drie maanden stagelopen op de traumatologie-afdeling. Daarnaast moest ik een arts-taalexamen afleggen bij de nonnen in Vught. Ik heb daar nog steeds nachtmerries van. Na alle bloed, zweet en tranen ben ik uiteindelijk in 1999 ingeschreven als medisch specialist.



Maar uiteindelijk is het allemaal goed gekomen: Ik ben een gelukkig chirurg die het voorrecht heeft om aan en met verschillende universiteiten te werken om cursussen en lezingen te geven en de grootste en moeilijkste operaties te doen die bij een mens kunnen worden uitgevoerd.”

#### We zitten (hopelijk) aan het einde van de covid-19-pandemie. Welke impact heeft de pandemie op de transplantatiechirurgie?

“Patiënten zijn na orgaantransplantatie extra vatbaar voor complicaties als ze het coronavirus oplopen. Tot nu toe weten we echter nog maar weinig over deze risico's. Wat covid-19 ook lastig maakt is dat het aantal besmettingen sterk fluctueert, wat weer grote invloed heeft op een kwetsbaar programma als dat van de transplantatie. De drie levercentra in Nederland lieten vanaf het begin van de pandemie weten dat het transplantatieprogramma zoveel mogelijk doorgang zou vinden. Echter, er zijn drie zeer nadrukkelijke voorwaarden: er moet IC-capaciteit zijn, de donor en ontvanger moeten negatief testen en de veiligheid van de ontvanger op de afdeling is van belang om niet met het coronavirus na de transplantatie besmet te raken. De voordelen



van de transplantatie moeten zwaarder blijven wegen dan de (postoperatieve) risico's. Als die risico's (te) groot worden ingeschat, kan een transplantatie als niet verstandig worden bestempeld. Deze risico-inschatting verschilt echter per regio en van patiënt tot patiënt."

**Tot slot: wat wilt u aan de Nederlandse chirurgen meegeven?**

"Ik citeer hiervoor graag uit mijn oratie: Beste assistenten in opleiding tot aan chirurg, beste chirurgen – jong en oud: verlies nooit je passie en ambitie. Dat zijn immers de motoren van elk succes. Durf door te gaan waar anderen stoppen en durf kritisch en nieuwsgierig te zijn want in dit beroep raak je niet uitgeleerd. Bovendien is opereren net als de liefde. Als je verliefd bent, doe je alles en doe je zelfs dingen die je haat voor de ander van wie je veel houdt. Als je een goede chirurg wilt worden, moet je iedere keer weer verliefd worden op de patiënt die je gaat opereren. Dat betekent dat je voor, tijdens en na de operatie alles uit de kast trekt om de patiënt beter te maken én niet opgeeft, zelfs als je heel lang moet opereren en je ontzettend moe bent. Hoewel de liefde na de operatie weer overgaat, is het mooie ervan dat je als chirurg meerdere keren per dag zomaar verliefd kan worden als je twee keer of meer per dag moet opereren. En dat tientallen jaren lang. Het zijn van chirurg is daarom volgens mij toch wel het aller mooiste beroep op de wereld." ■

ESSO-EYSAC Hands on Course on Surgical Technique – Abdominal Surgery. (<https://www.essoweb.org/courses/esso-eysac-hands-course-abdominal-surgery-2020/>).

e-learnings:

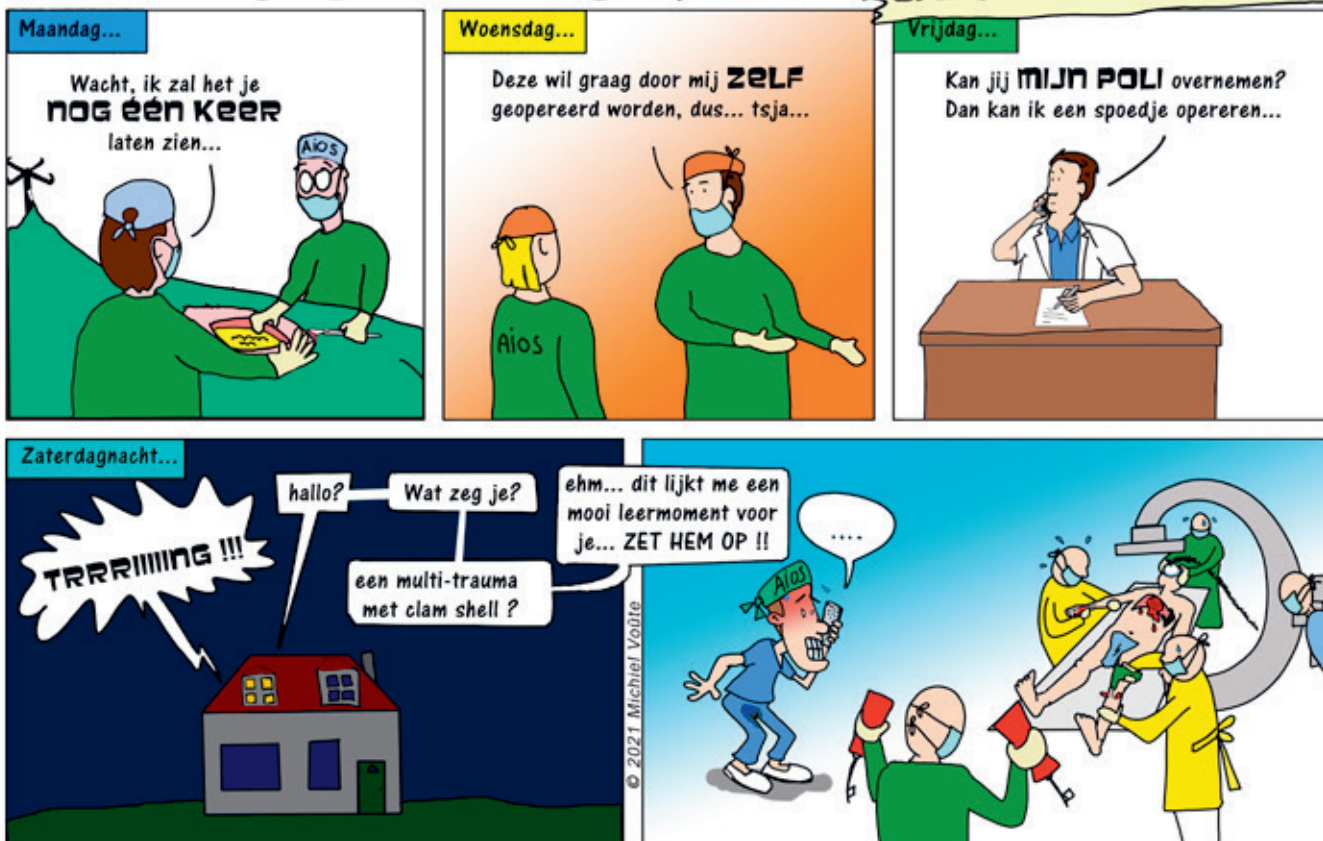
<https://player.vimeo.com/video/529313188>

<https://www.transplantatiestichting.nl/>

medisch-professionals/educatie-voor-professionals



# DE FOUTE DOKTER 'geven & nemen'



# “Ook de bijzaken zijn net zo interessant en leerzaam”

**Willem van Gijn nam een kijkje in de keuken bij Boudewijn Toorenvliet in het Ikazia, waar ze veel ervaring hebben met de Bascom-Cleft-liftprocedure. Een korte impressie van een geslaagd peer-to-peer-werkbezoek.**

**Door: Boudewijn Toorenvliet en Willem van Gijn**

Al een aantal jaar verrichten we in het Ikazia ziekenhuis in Rotterdam de Bascom-Cleft-liftprocedure bij patiënten met een uitgebreid of recidief sinus pilonidalis. Willem is altijd op zoek naar beter en vindt de huidige procedure met open bilnaden bij de jonge patiënt alles behalve ideaal. Kan ik een keer komen kijken, Boudewijn? Maar natuurlijk Willem, gezellig! Als we dan toch bezig zijn, waarom niet volgens het peer-to-peer-werkbezoek om zo ook een paar puntjes te sprokkelen? Zo gezegd, zo gedaan. Om voor accreditatie in aanmerking te komen (3 punten voor de bezochte chirurg en 6 punten voor de bezoekend chirurg) moet een programma worden gemaakt en leerdoelen opgesteld. Zo is het bijwonen van de overdracht verplicht.

Ook wordt een gezamenlijke evaluatie verwacht, waarvan dan weer geen verslag hoeft te worden gemaakt (de NVvH kent haar leden).

Een ander gebouw, een andere regio, anders gekleed (geen enkele suède gespschoen maar louter klompen) en een net wat andere overdracht. Wat zo aardig is van het werkbezoek, is dat ook de bijzaken net zo interessant en leerzaam zijn. De kleine verschillen in de praktijk en werkwijze, maar ook binnen de vakgroep. Dit doen wij zo, omdat... Ja wij kiezen hiervoor vanwege... Ah ja, interessant! Op de OK werd Willem ondergedompeld in de wondere wereld van de Bascom-Cleft-lift, onder andere uitgevoerd bij een eigen meeverwezen Leiderdorpse patiënt. Een fraaie techniek voor primaire wondgenezing bij sinus pilonidalis die wat ons betreft meer toegepast zou mogen worden.

Hands on en met tips & tricks die je niet meer op je eigen patiënten hoeft te leren, was de dag zeer leerzaam en leuk! Duurzamer en goedkoper dan een (buitenlands) congres en veel gezelliger dan online, met name als de dag in een passend etablissement wordt afgesloten. Wij raden het peer-to-peer-werkbezoek van harte aan! ■

## Tips & Tricks: Bascom-Cleft-liftprocedure

- Indicatie: alle patiënten met een lateraal drainerende sinus of een recidief. Zeker de patiënten met een diepe bilnaad.
- Teken staand af.
- Wees niet bang om veel huid weg te halen, maar maak voordat de laterale incisie wordt gemaakt het tape los om precies te bepalen hoeveel.
- Ondermijn ook de huid richting de anus, maar let op tractie letsel van de haakjes.
- Het is niet nodig de sinus volledig te excideren. Zorgvuldig debrideren gevolgd door ‘mango techniek’ is voldoende.
- Excideer geen vetweefsel, alleen huid.
- Laat een drain achter.
- Laagdrempelig kuurtje antibiotica voor een week.
- Sluit de huid met veel aandacht.
- Post op instructies: ‘ultrahygiene’. Hou de wond schoon en droog, en klem een gaasje tussen de billen bij de anus en vervang dit regelmatig.





V.l.n.r.:  
De 'RAKU chirurgen',  
Wouter te Riele,  
Hjalmar van  
Santvoort en  
Quintus Molenaar

# “Je combineert het beste van twee werelden”

**De vakgroepen chirurgie van het St. Antonius Nieuwegein en het UMC Utrecht werken steeds meer samen. Was de insteek in eerste instantie een 'simpele' uitruil van ingrepen, al snel ontstond er een bredere regionale samenwerking: het regionaal academisch kankercentrum Utrecht (RAKU). Chirurg en voorzitter van het RAKU management board Hjalmar van Santvoort legt uit hoe ze daartoe zijn gekomen.**

**Door: Victor Kammeijer**

Het begon een jaar of zeven jaar geleden: de verzekeraars drongen erop aan dat het St. Antonius en UMC Utrecht meer zouden samenwerken op bepaalde dossiers. Beide ziekenhuizen voerden de hoogcomplexere, laagvolume GE-oncologische operaties nog volledig zelfstandig uit en het was de vraag of op termijn de normen wel gehaald zouden blijven worden. Het was dus een extrinsieke prikkel om bij elkaar te gaan zitten, maar al snel werd dat volgens Hjalmar van Santvoort ook intrinsiek, want samenwerken zou ook voordelen kunnen geven.

#### **Waar zouden die voordelen dan zitten?**

“Om te beginnen werd het idee opgevat om de upper-GI en HPB-operaties uit elkaar te halen. Aanvankelijk was het idee: we ruilen heel eenvoudig slokdarm-, maag- en pancreasresecties uit. Al snel werd het echter een proces waarin meerdere ziekenhuizen in de regio werden betrokken en gaandeweg is het

‘Wat ik heb gemerkt is dat op het moment dat dokters van alle disciplines echt gaan samenwerken op het gebied van patiëntenzorg, al snel alle barrières en vooroordelen doorbroken worden. Dat is heel verfrissend.’

door-geëvalueerd in een systeem van brede regionale multidisciplinaire samenwerking. De operaties zijn op specifieke locaties geconcentreerd, maar de rest van de zorg uit de hele keten, van diagnose tot palliatieve behandeling, wordt uitgevoerd in alle ziekenhuizen uit de regio. We hebben regionale expertteams opgericht. Er zijn voor de upper-GI en HPB twee aparte centrale MDO's, gevolgd door een centrale multidisciplinaire poli in het UMC Utrecht, waar dokters met verschillende specialismen uit het St. Antonius en UMC Utrecht, fysiek bij elkaar komen, maar ook dokters uit het Meander MC, en andere ziekenhuizen inbellen. Een centraal punt waar alle kennis en expertise uit alle centra elkaar wekelijks vinden. Hierdoor is de kwaliteit van deze oncologische zorg in de hele regio verbeterd.”

#### **Wat betekent dat voor de chirurg en de patiënt?**

“De chirurg opereert op verschillende locaties, terwijl de rest van de behandeling plaatsvindt in het ziekenhuis waar de patiënt vandaan komt. De slokdarm- en maagresecties worden in UMC Utrecht uitgevoerd, die van het pancreas in St. Antonius, de meeste leverresecties weer in het UMC Utrecht. De operaties voor de HPB voeren we uit met een regionaal team waarvan de chirurgen gezamenlijk op beide locaties opereren.”

#### **Is dat organisatorisch niet ingewikkeld?**

“Nee, het opereren gaat met gesloten beurzen, in het kader van geven en nemen, dat werkt heel goed. Voor het centrale MDO en de poli in het UMC Utrecht is wel een financiële compensatie. Alle betrokken ziekenhuizen dragen financieel bij omdat ze willen investeren in de kwaliteit van de oncologische zorg in de regio. Op het niveau van de chirurgen is de samenwerking geen enkel issue gebleken. We worden goed gefaciliteerd door beide ziekenhuizen en ook onze collega-chirurgen die niet betrokken zijn bij deze zorg geven ons alle ruimte hiervoor. Het is bovendien een verademing, omdat we nu binnen een grotere groep werken – we zijn voor de HPB-operaties van groepjes van twee á drie naar een groep van zes chirurgen gegaan die volledig geïntegreerd werkt. Je combineert het beste van twee werelden als het gaat om zaken als kwaliteit, capaciteit, ruimte voor verdieping en research.”

#### **Zien jullie het ook terug in de uitkomsten?**

“Ja, met de centralisatie krijg je een toename van volume, en op de verpleegafdelingen en bij de ondersteunende specialisten heeft zich dat vertaald in meer focus, de expertise groeit. De klinische uitkomsten verbeteren daardoor ook. De mortaliteit na een pancreasresectie is bijvoorbeeld structureel gedaald, tot 0,1 á 2%. Dat wordt mede verklaard door de gespecialiseerde verpleegafdeling waar alleen HPB-patiënten liggen, waardoor complicaties sneller herkend en beter behandeld kunnen worden. Maar ook de wachttijden in de regio zijn korter geworden door betere afstemming tussen de ziekenhuizen.”

#### **Zijn er toch zaken die wel nadelig zijn gebleken?**

“Niet echt. Het opzetten kost veel tijd, het vergt een cultuuromslag, een andere manier van denken en werken. Chirurgen zijn historisch gezien natuurlijk voorlopers als het gaat om zaken als auditing, normering, centralisatie. Voor andere typen specialisten zoals radiologen en pathologen is het belang en de actualiteit daarvan soms minder duidelijk. Maar alle specialisten zijn even belangrijk om echte regionalisatie te laten slagen. Het vergt inzet van veel mensen en je moet daarbij over je eigen schaduw heen durven te stappen. Wij hebben het voor elkaar dat een deel van ons nu een á twee dagen in een voor hun nieuw ziekenhuis is gaan werken.”

#### **Wat heb je gedaan om cultuurissues voor te zijn?**

“Wat ik heb gemerkt is dat op het moment dat dokters van alle disciplines echt gaan samenwerken op het gebied van patiëntenzorg, al snel alle barrières en vooroordelen doorbroken worden. Dat is heel verfrissend, je kunt veel van elkaar leren en de kwaliteit van zorg gaat omhoog. Het samenwerken is ontzettend leuk en als de patiëntenaantallen blijven groeien, dan krijgen de meeste mensen er steeds meer plezier en vertrouwen in. Soms loop je vast op hogere niveaus, maar als het gaat om het feitelijke werk, dan vind je elkaar wel. Voor ons is dit een succesformule die we willen uitbouwen.”

#### **Dus je raadt het andere vakgroepen ook aan?**

“Zeker! Voor de HPB-chirurgen, van relatief junior tot senior, werkt de teamvorming over twee locaties heel goed. Het is een onconventionele constructie, maar het heeft ons veel gebracht. Je denkt iets op te geven, maar je krijgt er in veel omvangrijke mate iets voor terug. En meer dan alleen voor de HPB en de upper-GI heeft het een mooie nieuwe impuls gebracht voor de oncologische zorg in de hele regio. Ik hoop dat we als voorbeeld kunnen dienen voor andere groepen in het land die er tegenaan hikken. Ik geloof dat dit soort constructies echt de toekomst is als je bepaalde zorg verder wilt doorontwikkelen.” ■

# Op weg naar nieuwe verbindingen met de industrie

**De NVvH wil meer samenwerken met andere partijen binnen de gezondheidszorg. Daar vallen ook mogelijke partnerships onder. Sinds november 2020 is NVvH-directeur Maurice Marchée hier actief mee aan de slag.**

Door: Victor Kammeijer



Van links naar rechts: Maurice Marchée (directeur NVvH), Niclas Holmquist (Mölnlycke), Jaap Bonjer (voorzitter NVvH) en Erik Van Campenhout (Mölnlycke) hebben de eerste partnershipovereenkomst tussen de NVvH en Mölnlycke bezegeld.

## **Allereerst, voor wie niet helemaal is ingevoerd: wat moeten we ons voorstellen bij partnerships?**

“In essentie gaat het om samenwerkingsverbanden met de industrie. Die zijn om verschillende redenen nodig. Om te beginnen moeten we in Nederland proberen de kwaliteit en bekostiging van zorg van hoog niveau en betaalbaar te houden. Ook duurzaamheid is daarin een belangrijk aspect. Daarnaast is het goed de industrie te betrekken bij het stimuleren van wetenschappelijke onderzoek. Tot slot is de NVvH in de loop der jaren een steeds ambitieuzer en professionelere organisatie geworden, die daarmee ook lastiger te financieren wordt met alleen de contributies van leden.”

## **Je bent sinds november actief op dit dossier. Wat houdt dat concreet in?**

“We voeren een hele reeks gesprekken met mogelijke partners, inmiddels zijn dat er al veertien. Bij alle gesprekken hebben we steeds duidelijk gemaakt wat we beogen. We willen samenwerkingen aangaan die waarde brengen voor alle partijen: onze leden, de industrie en de vereniging. Daarbij gaan we voor periodes van minimaal drie jaar, enerzijds om onszelf de tijd te geven om in co-creatie activiteiten te bedenken en te organiseren, maar ook om de samenwerking de gelegenheid te geven om van een inspanningsverplichting naar een resultaatsverplichting te gaan. Het is echter voor ons van uitermate groot belang

dat onze medische onafhankelijkheid en onze beroepsethiek te allen tijde bewaakt blijft.”

#### **Welke wensen hebben de industriële partijen zoal?**

“Die veertien gesprekspartners hebben natuurlijk allemaal verschillende wensen omtrent de content die ze willen overbrengen of de waarde-uitwisseling die ze willen opzoeken. Dan heb je het bijvoorbeeld over het sponsoren van webinars, congressen en het plaatsen van advertenties, maar ook over minder bekende vormen, zoals het organiseren van *advisory boards* of *invitationals*. Ook richten we ons op educatie en training, en naar verwachting zullen we ook onze sociale media nieuw leven inblazen. Er wordt door onszelf maar ook door onze mogelijke partners veel van verwacht.”

#### **Hoe voorkom je dat je je ‘ziel aan de duivel’ verkoopt?**

##### **De NVvH is immers een onafhankelijke vereniging. Wat ‘geef’ je, wat ‘neem’ je?**

“Wat de vereniging biedt aan partijen uit de industrie is het faciliteren, coördineren en organiseren van verbinding, dialoog en kennis. We geven niks weg, maar we vragen voor het organiseren van die activiteiten een vergoeding. Als NVvH moeten we wel scherp zijn dat we te allen tijde objectief en onafhankelijk blijven. We gaven echter de industrie altijd al een podium om zichtbaar te zijn, tijdens de Chirurgedagen en Najaarsdag. Wat partnerships anders maken, is een meer ‘open’ houding en vernieuwing van gezamenlijke activiteiten, en dat we nu voor continuïteit willen gaan in de vorm van meerjarensamenwerkingen. Daardoor zijn wij er zeker van dat we meerjarige activiteiten georganiseerd en gefinancierd kunnen krijgen, en de industrie is ervan verzekerd dat ze voor meer jaren op bestaande maar ook nieuwe wijzen zichtbaar mogen zijn.”

#### **Wanneer mogen de leden wat verwachten van de partnerships?**

“Na een hele reeks van gesprekken hebben we inmiddels een geplande contracttekendatum met een eerste partij, waarna er de komende maanden meerdere partnerships zullen volgen.”

#### **Tot slot, even off-topic: je bent nu ruim een jaar de directeur van de NVvH. Hoe bevalt het? Je hebt een commerciële achtergrond, heb je erg moeten omschakelen door nu voor een vereniging van chirurgen te werken?**

“Het bevalt me goed, al was het zeker in het begin even wennen. Door covid heb ik, net als iedereen, vrijwel geen vis-a-vis contact gehad. Ook het taalgebruik binnen de vereniging was voor mij nieuw, je kunt niet altijd alles even goed plaatsen. Als het bijvoorbeeld gaat over een term als ‘kwaliteit’, wat versta je daar dan onder? Of over ‘belangen’, wiens belangen precies? Wat ik vanaf het begin wel merkte is de grote hoeveelheid positiviteit die ik overal binnen de vereniging zie. Ook het verantwoordelijkheidsniveau en de vakkundigheid zijn hoog, zowel binnen de vereniging als op het bureau.”

#### **Een van de doelen die je je gesteld hebt is de organisatie *Fit For the Future* te maken. Wat bedoel je daarmee en waarom is dit nodig?**

“Het gaat erom dat je als organisatie je kunt aanpassen aan veranderingen. De input die door het bestuur gevraagd wordt, moeten wij met het bureau kunnen opvolgen. Dat vraagt om een bureau dat kan bijschakelen en flexibel kan zijn. Ik heb de indruk dat we daar al goed van doordrongen zijn geraakt. Iedereen binnen het bureau is goed op de hoogte van zijn of haar activiteiten en wat er gedaan moet worden. Naast de vormgeving van de interne organisatie en het verbeteren van onze dienstverlening, focussen we ons ook op de financiële huishouding, die structureel op een gezond niveau moet komen en blijven. Kortom, er is nog genoeg te doen!“ ■

# Donnant, donnant!



Koen Talsma

Toen ik een jaar of 10 was, zag ik een keer, weggezonken in de gecapitonnerde stoel voor de televisie, Laurel & Hardy's film *Tit for Tat*, over twee winkeliers die elkaar bestrijden. Hoewel mijn ouders moeten hebben gedacht dat dit verantwoorde televisie was, vergeleken bijvoorbeeld met het in hun ogen anarchistische Pipi Langkous, was niets minder waar: oog om oog was het devies. Ik moest er aan denken toen mijn vrouw en ik afgelopen weekend, na lange corona-onthouding, weer eens iets samen wilden ondernemen. Zij wilde graag naar de opera, ik naar een voetbalwedstrijd. We kwamen er niet uit, het is bij ons thuis vermoedelijk niet anders dan bij u.

U weet, normaal vertel ik u de waarheid en niets dan de waarheid, toch heb ik de huiselijke twist die ik hierboven beschrijf, verzonnen. De situatie die ik schets staat namelijk bekend als de *battle of the sexes*, een probleemstelling uit de speltheorie. Wat wij allemaal verschrikkelijk ingewikkeld vinden, noemt de speltheoreticus een 'spel', met spelers en beslissingen. En als wij blij zijn dat de morgen weer is gekomen na een nacht van huwelijks zorgen, gaat de speltheoreticus met plezier naar zijn werk om dit eens goed te doorgronden en te voorspellen. De films van Laurel & Hardy zijn weliswaar hilarisch, maar de wetenschap leert dat er in het spel tussen de spelers meestal een 'evenwicht' ontstaat dat niet optimaal is voor de gezamenlijk opbrengst: de zogenaamde *tragedy of the commons*. Dat komt hierop neer: ieder wil zijn deel, maar wil daar zo min mogelijk aan bijdragen. En voor je het weet is het dan: quid pro quo, oftewel: oog om oog.

Maar met zo'n eenvoudig model kom je er meestal niet. De wiskundige Katerina Stankova uit Maastricht gebruikt bijvoorbeeld de speltheorie om 'the war on cancer' strategischer te maken. Ze vraagt zich af, zo las ik in de krant, of het doel van een kankerbehandeling altijd moet zijn om alle kankercellen te vernietigen. Gewaagd! Uit eerste klinische studies bleek dat iedere patiënt

een persoonlijke cyclus heeft waarin de tumor afneemt en weer aangroeit. Het idee is nu juist om die cyclus gaande te houden. Een strategie die niet met grof geweld en zoveel mogelijk medicatie alle tumorcellen doodt, maar die de kanker juist onder controle houdt.

Misschien kunnen we kanker ooit wel een chronische ziekte noemen, oppert althans Simon Sinek (ongeveer de Ben Tiggelaar van de VS; leuk om zijn TED-talks te luisteren in de vakantie). Uitgezaaide kanker is volgens hem een voorbeeld van een *infinite game*. Het ligt wat complexer, maar het wordt misschien duidelijk als ik het tegenovergestelde noem: een 'eindig' spel, met een duidelijke winnaar en verliezer. Het doel van een 'oneindig' spel, daarentegen, is dat het doorgaat. Denk eens aan de vrijdagmiddagborrel na het werk. We onderhouden elkaar met verhalen, die zich aaneenrijgen. Er zijn geen winnaars, geen verliezers. We geven elkaar de ruimte, proberen aan te haken, zoeken bruggetjes. En dat vaker hetzelfde verhaal wordt verteld, rekenen we elkaar niet aan. Zoals geliefden dat van elkaar verdragen.

Het spel, de economie, het huwelijk: ze moeten kennelijk in gang gehouden worden. Zonder winnaars, zonder verliezers. We weten allemaal dat in het huwelijk het Grote Liefdesspel de meest gewenste uitkomst is, ook daar draait het om tegelijk presteren. De Fransen hebben er een uitdrukking voor, zij zeggen in plaats van 'geven en nemen': *donnant, donnant*. Geven, geven, dus. Dat vereist moed, een hoger doel en flexibiliteit. "*Donnant... donnant!*" klinkt goed en een stuk romantischer dan ... 'quid pro quo' (kwidprokwo), wat een beetje blijft steken bij: Jij krabt mijn rug, ik de jouwe (of ik regel iemand die de jouwe krabt). En of dat nou tot een hoogtepunt leidt...? Ik waag het te betwijfelen.. ■

**Koen Talsma is lid van de hoofdredactie**

# De gevende patiënt



Deze 'ik dacht dat je naar mijn anus cake' bakte een dankbare patiënt die haar gene had overwonnen voor de chirurgen van de Proctoskliniek.



Esther Heuts, oncologisch chirurg & Janine Lipsch, mammacare verpleegkundige uit het MUMC+ zijn beiden – samen met de medisch oncoloog – vastgelegd in inkt op de rug van mevrouw Elissen omdat ze volgens haar natuurlijk goede zorg geleverd hebben en ook als mooie afsluiting na een periode van ellende.





Deze pion kreeg Geert Kazemier (Amsterdam UMC) van een machinebankwerker nadat hij hem had geopereerd in verband met een pancreacarcinoom. Hij zou er elk jaar één voor hem draaien totdat hij een volledig schaakspel had. Het is vanwege de biologie van zijn ziekte helaas bij deze pion gebleven.



Een chirurg uit Sneek kreeg van een patiënt uit Urk een doosje met pepermuntjes en een psalm.



Chirurg Gijs Visser kreeg (in serie) deze twee taarten van een patiënt na een fasciitis necroticans van de buikwand.

UMCG-fellow Suomi Fouraschen kreeg met het team als dank deze taart van een patiënt met een BMI van 68 en gestranguleerde darmlissen bij een zeer forse hernia cicatricialis. Peroperatief hebben ze (helaas) mogen ervaren hoezeer deze ischemische darmen op springen stonden. Gelukkig na ongecompliceerd herstel naar huis ontslagen.



Een chirurg uit Sneek kreeg een Trodo, waar er 150 van zijn, met echtheidscertificaat en lijst van mensen die hem hebben gekregen in Nederland.



Vaatchirurg Jurgen Avontuur (Albert Schweitzer) kreeg van een patiënt worsten die na een verjaardagsfeestje over waren. Hij kreeg de asbak erbij omdat de patiënt niet meer mocht roken.



Een maand voor "Vastelaovond" kreeg chirurg Barend Mees (MUMC) dit schilderij van de echtgenoot van een patiënte met (conservatief behandelde) claudicatio intermittens. Hij had het zelf voor Mees geschilderd omdat hij in hem wel een carnavalsnummer zag.



GE-chirurg Daphne Roos (Delft) werd na een grote operatie uitgenodigd voor de verjaardag van de patiënt. Na sterk aandringen is ze tóch gegaan. Het bleek een fantastisch feest én ze mocht een duet met Ali B zingen.



## Over dr. Winan van Houdt

- Afgestudeerd arts en farmaceut aan Universiteit Utrecht
- Sinds 2017 werkzaam als chirurg-oncoloog in het AVL Huid- en Melanoomcentrum en Sarcoomcentrum
- Opgeleid/gewerkt in o.a. de V.S., Canada en V.K.
- Coördinator Zeldzame Kanker programma (AVL)
- Stafid sarcoom van ESMO



Leeftijd op zich geen reden het niet te geven

# Immuuntherapie bij stadium III melanoom: belangrijke rol voor de chirurg

**Binnen de oncologie in brede zin speelt immuuntherapie een onmisbare rol; inmiddels is het nu ook een behandeloptie bij patiënten met stadium III melanoom. In een van de melanoomexpertisecentra – zoals het Antoni van Leeuwenhoek (AVL) ziekenhuis in Amsterdam – kunnen patiënten terecht voor deze behandeling. Chirurg-oncoloog dr. Winan van Houdt legt uit welke mogelijkheden immuuntherapie biedt voor patiënten met stadium III melanoom, welke rol de chirurg hierbij heeft, en hoe dit in het AVL vorm wordt gegeven.**

De afgelopen jaren is er rondom het stadium III melanoom flink wat veranderd. “Dit betreft zaken die echt de prognose van de patiënt verbeteren”, aldus Van Houdt. “Nu zijn er vaak veel meer mogelijkheden om een stadium III melanoom te behandelen dan men misschien op het eerste gezicht zou denken.” Het AVL – wereldwijd een van de grootste melanoom-

centra en een voorloper wat betreft innovatie en onderzoek – beschikt over uitgebreide kennis op dit gebied. “Onze expertise is multidisciplinair. Wij hebben een goed en groot team van dermatologen, chirurg-oncologen, medisch-oncologen, pathologen en onderzoekers. Voor de patiënt kan dat echt verschil maken qua prognose, maar ook kan het soms een onnodige of te uitgebreide behandeling voorkomen. Om die reden vinden we het dan ook belangrijk dat elk stadium III melanoom op zijn minst met ons of een ander melanoom expertisecentrum wordt besproken”, zo stelt hij.

### **Immuuntherapie verandert de setting**

Nadat adjuvante immuuntherapie ruim twee jaar geleden is goedgekeurd voor stadium III melanoom wordt deze behandeling door het AVL sinds januari 2019 standaard aangeboden. Uitzondering daar-

op vormen de patiënten die om medische redenen geen immuuntherapie kunnen krijgen of patiënten met echt laag risico stadium III melanoom (stadium IIIA met een lymfeklier uitzaaiing <1 mm).<sup>1</sup> Van Houdt: “Vlak voor de adjuvante immuuntherapie beschikbaar kwam, waren we gestopt met het standaard uitvoeren van een klierdissectie na een positieve sentinel node (SN). Twee grote internationale studies die in totaal zo’n tien jaar besloegen (MSLT I en II), hadden namelijk aangetoond dat een klierdissectie na positieve SN geen betere uitkomsten gaf.<sup>2,3</sup> Daarmee veranderde er behoorlijk wat in de chirurgische behandeling. Vanaf dat moment deden we uitsluitend een klierdissectie als mensen een nieuwe kliermetastase kregen in de follow-up.” In de praktijk betekende dit dat er bij 80% van de mensen nooit meer een klierdissectie werd gedaan. Vervolgens was de vraag of het dan nog wel zinvol was om een SN-procedure te doen. “Prognostisch wel”, legt Van Houdt uit, “maar qua behandeling op dat moment eigenlijk niet. We zijn het echter wel blijven doen omdat kort erna de adjuvante immuuntherapie mogelijk werd. Dat houdt in dat het gros van de patiënten bij een positieve SN een jaar standaard adjuvante behandeling met immuuntherapie of soms targeted therapy krijgt.” De chirurg blijft dus een cruciale rol houden bij de behandeling van deze populatie, maar nu zijn ook de medisch oncologen betrokken geraakt bij stadium III ziekte. “Nu worden patiënten na een positieve SN een jaar lang gevolgd door de oncoloog tijdens de immuuntherapiebehandeling. Wij spreken af dat ze na een jaar op controle weer terugkomen bij de chirurg, zoals we dat gewend waren”, aldus Van Houdt.

### Voordeel

Patiënten ervaren door minder vaak een klierdissectie een beter herstel met minder lange termijn complicaties zoals oedeem, en hebben met de adjuvante therapie opties nu ook een betere prognose, aldus Van Houdt. “Vroeger kreeg ca. 50% van de stadium III patiënten de ziekte terug. Nu is dat ca. 30%, een significant verschil.<sup>4</sup> Het bewijs is wat dat betreft heel duidelijk. Het enige nadeel is dat niet alle uitkomsten van de studies hierna al helemaal ‘mature’ zijn waardoor we nog niet veel lange termijn gegevens hebben.” Van Houdt vat het als volgt samen: “Bijna alles wat stadium III is, komt na resectie in aanmerking voor adjuvante therapie. Dat betreft dus patiënten met een positieve SN, maar ook patiënten die met nieuwe kliermetastasen komen na eerdere chirurgische behandelingen maar die nog niet eerder immuuntherapie gehad hebben. Wij geven zelfs

# “Binnen de oncologie in brede zin speelt immuuntherapie een onmisbare rol.”

## dr. Winan van Houdt

adjuvante therapie na resectie van in-transit metastasen, iets dat niet overal gebeurt.”

### Breed inzetbaar

De meeste melanoom verwijzingen komen in het AVL terecht via de chirurg (soms de hoofdhalsschirurg of de KNO-arts) of de dermatoloog, vaak net na de primaire diagnose maar ook vaak bij al elders gediagnosticeerd stadium III melanoom. Bij een primair melanoom wordt meestal een re-excisie van het melanoom en een SN-procedure gedaan; alleen bij een T1a melanoom vindt geen SN-procedure plaats. “Blijkt het na SN-procedure te gaan om een stadium III melanoom, dan verwijzen we voor adjuvante therapie door naar de medisch oncoloog, tenzij het echt een laag risico is, gedefinieerd als stadium IIIA met kliermetastasen <1 mm”, legt Van Houdt uit. “Alle stadium IIIA >1 mm of stadium IIIB of hoger melanomen worden besproken voor adjuvante therapie.” De meeste mensen staan open voor immuuntherapie, aldus Van Houdt, waarbij hij er wel op wijst dat goede voorlichting aan de patiënt belangrijk is. “Niet iedereen heeft baat bij immuuntherapie, want ongeveer vier van de vijf mensen met stadium III melanoom krijgen het voor niks als je er over nadent. En bij immuuntherapie kunnen zich ernstige bijwerkingen voordoen. Immuuntherapie wordt vooral geassocieerd met immuungerelateerde bijwerkingen zoals onder andere ontstekingen van de schildklier of bijniere die niet goed meer werken. Ook colitis of pneumonitis komen voor; daar moet je dus heel open over zijn.” Wat Van Houdt vooral zo aanspreekt aan immuuntherapie is dat het zo breed inzetbaar is. “Melanoom komt op alle leeftijden voor, uiteenlopend van twintigers tot tachtigers en ouder. Van een dertiger met een jong gezin kun je je goed voorstellen dat deze voor adjuvante behandeling gaat, want een 20% risicoreductie is enorm. Maar ook voor relatief vitale ouderen – die vaak geen chemotherapie aankunnen – is dit een reële behandeloptie. Leeftijd op zich is geen reden om geen immuuntherapie te geven.”

### Referenties

1. NVOM. Adjuvant pembrolizumab bij stadium III melanoom. Beschikbaar via <https://www.nvmo.org/bom/adjuvant-pembrolizumab-bij-stadium-iii-melanoom/?meta>. Geraadpleegd 9 juni 2021.
2. Faries MB, et al. Completion dissection or observation for sentinel-node metastasis in melanoma. *N Engl J Med.* 2017;376:2211-2222.
3. Leiter U, et al. Final analysis of DeCOG-SLT trial: no survival benefit for complete lymph node dissection in patients with melanoma with positive sentinel node. *J Clin Oncol.* 2019;37:3000-3008.
4. Eggermont AMM, et al. Adjuvant Pembrolizumab versus Placebo in Resected Stage III Melanoma. *N Engl J Med.* 2018;378:1789-1801.

Dit artikel is financieel mogelijk gemaakt door MSD. De hierin besproken meningen en ervaringen zijn afkomstig van de geïnterviewde, MSD heeft geen invloed op de inhoud gehad.

# Van complicatiebespreking naar kwaliteitsbespreking: leren van het alledaagse werk

M.J. Verhagen, Afdeling Chirurgie, LUMC; dr. M.S. de Vos, Directoraat Kwaliteit en Patiëntveiligheid, LUMC; dr. J.S.D. Mieog, Afdeling Chirurgie, LUMC; prof. dr. J.F. Hamming, Afdeling Chirurgie, LUMC

De complicatiebespreking heeft zich sinds de introductie begin twintigste eeuw ontwikkeld tot een gevestigd begrip binnen de chirurgie. De bespreking is gericht op educatie en verbetering van zorg, aan de hand van een afdelingsbrede discussie over gecompliceerde casus. Dit heeft een duidelijke toegevoegde educatieve waarde, maar is (te) weinig effectief voor daadwerkelijke kwaliteitsverbetering.<sup>1,2</sup> De frequentie en inhoud van de bespreking varieert sterk, mede door gebrek aan een gouden standaard.<sup>3,4</sup> Bovendien is de bespreking vaak gericht op individueel en monodisciplinair handelen, door met name stil te staan bij technische aspecten (bijv. operatietechniek) van een casus.<sup>5,6</sup> Hierdoor worden systeemgerelateerde factoren onvoldoende in ogenschouw genomen, wat het creëren van duurzame oplossingen belemmert.

Gezien deze beperkingen werd er gezocht naar verbeteringen voor dit platform voor leren en verbeteren in de klinische praktijk. Een relatief nieuw concept binnen de industriële veiligheidskunde, genaamd *resilience engineering*,<sup>7</sup> werd gebruikt voor een transformatie van een bespreking waarin louter geleerd wordt van ongewenste uitkomsten, naar een bespreking voor brede reflectie op de uitkomsten van ons dagelijks werk: van complicatie- naar kwaliteitsbespreking.

### Leren van gewenste en ongewenste uitkomsten

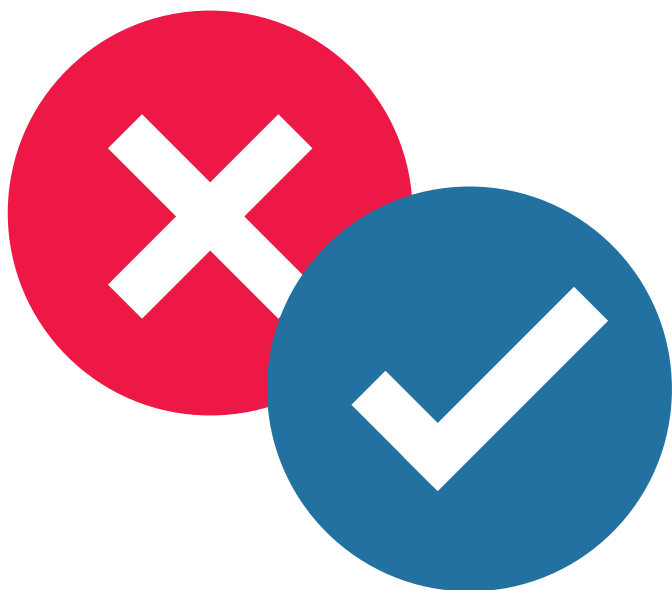
In het alledaagse werk in de zorg verloopt elke dag anders, is geen patiënt hetzelfde en komt het op de zorgverlener aan om efficiënte en veilige zorg te verlenen in een steeds complexer systeem. Het concept *resilience engineering* onderstreept dat de *resilience* (ofwel het aanpassingsvermogen) van een team ervoor verantwoordelijk is dat activiteiten die makkelijk gecompliceerd hadden kunnen verlopen, toch succesvol ten einde worden gebracht.<sup>7</sup> De theorie stelt dat men in staat moet zijn om te **monitoren** wat relevant is, hierop adequaat te **reageren**, om vervolgens te **leren** van wat er is gebeurd en te **anticiperen** op

wat er zou kunnen gebeuren; ook wel de noodzakelijke capaciteiten voor *resilient performance*.<sup>8</sup> In lijn met dit concept, wordt het belang benadrukt van aandacht voor de gewenste uitkomsten, naast alleen ongewenste uitkomsten (zoals in complicatiebesprekingen), omdat er veel geleerd kan worden van hoe de teams het voor elkaar hebben gekregen om deze ‘successen’ te creëren.<sup>9</sup>

### Van oude naar nieuwe stijl

In 2016 werd de ‘kwaliteitsbespreking’ ontwikkeld voor verschillende chirurgische subspecialismen van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC),<sup>10</sup> waarin het team – bestaande uit onder andere specialisten, arts-assistenten, verpleging en verpleegkundig specialist, diëtiste en diabetesverpleegkundige – reflecteert op zowel gecompliceerde als ongecompliceerde zorg. Tijdens de wekelijkse teambespreking worden alle ontslagen patiënten uit de afgelopen week en alle geplande patiënten voor de komende week systematisch geëvalueerd, met aandacht voor zowel klinische als logistieke aspecten (figuur 1). Ook is er aandacht voor specifieke kwaliteitsindicatoren, zoals aangeleverd door bijvoorbeeld de Dutch Institute for Clinical Auditing (DICA) of de Dutch Pancreatic Cancer Group (DPCG), om ook een lang-cyclische reflectie op uitkomsten te bewerkstelligen.

Zowel de kort- als lang-cyclische reflectie kan leiden tot het aandragen van verbetervoorstellen, die aan de hand van ‘te leren lessen’ of actiepunten in een voortlopend digitaal document worden genoteerd en opgevolgd. Zo kan de evaluatie van een casus tonen dat er ruimte is voor optimalisatie van een proces door aanpassing van een protocol. In deze nieuwe bespreking kan dit zelfs naar aanleiding van een casus met goede afloop zijn, die illustreert hoe een bepaalde handelswijze het verdient om bekrachtigd te worden. Bovendien valt op dat doordat alle casus worden besproken, er andersoortige discussies ontstaan, zoals beschreven in het kader op pagina 24.

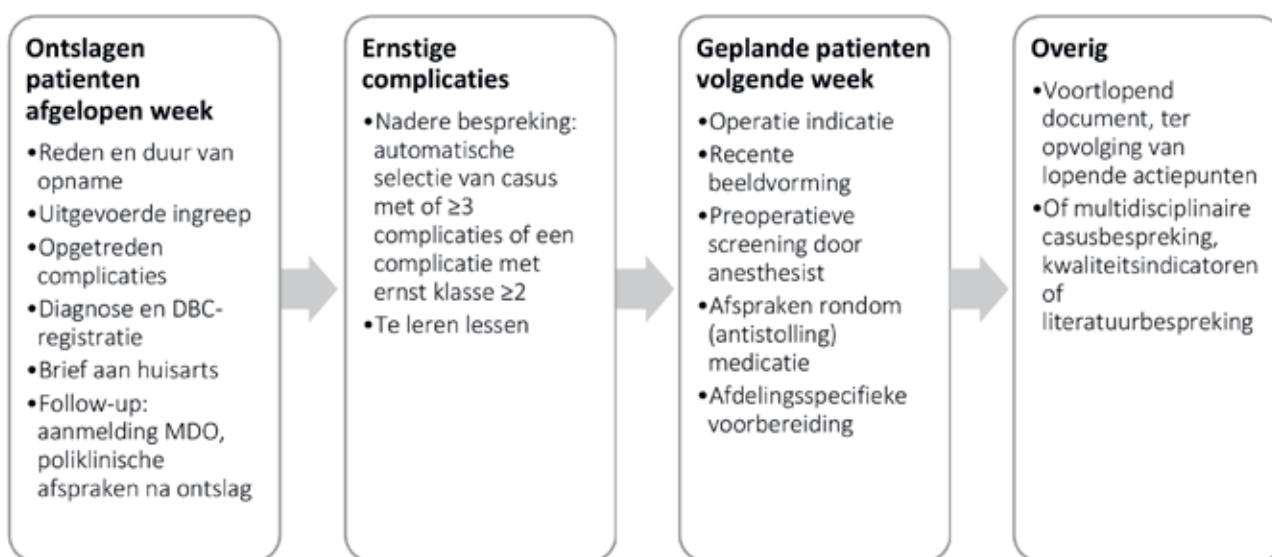


**Uitdagingen bij implementeren van de nieuwe bespreking**

Het invoeren van de nieuwe bespreking is een proces geweest van ervaren, aanpassen en evalueren, waarbij teams gaandeweg hebben gemerkt wat ‘werkt’. Zo is de intrinsieke motivatie van de deelnemers bepalend geweest voor het vinden of maken van tijd voor de bespreking. Ook een hoge mate van psychologische veiligheid speelt een essentiële rol voor een goede bespreking,<sup>11</sup> wat zich kenmerkt in een open sfeer waarin deelnemers nieuwsgierigheid tonen, constructieve vragen stellen en onderlinge discussie stimuleren.

De waarde van deelname van verpleging en paramedici was voor alle deelnemers onmiskenbaar, echter in de praktijk bleek dit lastig door de locatie van de bespreking (een overlegruimte ver van de verpleegafdeling) of drukte op de werkvloer. Deze zaken zijn ondervangen door de locatie te wijzigen, expliciet stil te staan bij aangedragen kwesties vanuit verpleegkundig oogpunt en, bovenal, door direct actie te ondernemen op deze kwesties. Hiermee werd de kwaliteitsbespreking een wekelijks moment om met het gehele team, gebundelde procesgerelateerde vragen of opmerkingen te bespreken, wat gedurende de rest van de werkweek tijd opleverde. Ter illustratie: vaatchirurgische patiënten met een dagopname werden na een reorganisatie opgenomen op de vaatchirurgische verpleegafdeling in plaats van op de afdeling ‘kort verblijf’. Door het behouden van de gangbare werkwijzen van de arts-assistenten, ervoer de verpleging veel hinder van het ontbreken van tijdige orders in het patiëntendossier. De kwaliteitsbespreking stond toe dit aangedragen probleem op te lossen door ter plekke afspraken te maken over een aangepaste werkwijze voor de zaalartsen. In de eerstvolgende kwaliteitsbespreking, een week later, bleek er van de hinder niet langer sprake te zijn.

Tot slot, de bespreking heeft op natuurlijke wijze een multidisciplinair karakter gekregen door op indicatie andere specialisten uit te nodigen voor een gezamenlijke reflectie op een aantal casus. De bespreking deed inzien dat het uitnodigen van, in dit geval, de klinische geriatrie bevorderlijk kon zijn voor de kwaliteit van zorg. Door vervolgens aan de hand van



Figuur 1. Globale opzet van de kwaliteitsbespreking, ter reflectie op de geleverde en te leveren dagelijkse zorg.

## Ervaringen met een reflectieve kwaliteitsbespreking voor chirurgische teams

### Aandacht voor het gehele beloop, anders dan een focus op complicaties.

Doordat alle ontslagen patiënten worden besproken, in plaats van enkel gecompliceerde casus, ontstaat een bredere discussie met aandacht voor zowel de pre-, per- als postoperatieve fase. Dit staat in contrast met de bekende overmatige focus op technische aspecten (in dit geval het peroperatieve beloop) van de traditionele complicatiebespreking.<sup>5</sup>

### Evaluatie van twee kanten van dezelfde medaille.

Het hele spectrum van uitkomsten van soortgelijke ingrepen komt aan bod, doordat casus met een verschillend beloop na eenzelfde procedure de revue passeren. Dit stimuleert discussie over waarom bij de ene patiënt wél en de andere niet, wat een aanleiding geeft om

te discussiëren over niet alleen ‘wat we doen’ maar ook ‘waarom we dit doen’ (*double-loop learning* i.p.v. *single-loop learning*)<sup>12</sup>.

### Een weergave van de algehele ratio succesvolle en onsuccesvolle uitkomsten.

Het bespreken van alle casus geeft een realistisch inzicht in het aantal goede en niet goede uitkomsten, waarbij het opvalt dat het merendeel van de casus succesvol verloopt. Dit inzicht kan goed werk belonen en bovendien bijdragen aan de moraal van het team.

### Casus met een beloop dat beter verliep dan geanticipeerd óók in beeld.

Ook komen er casus aan bod van patiënten die in de preoperatieve voorbereiding werden ingeschat als complex (bijv. hoog risico op cardiopulmonale complicaties)

maar desondanks zijn ontslagen na ongecompliceerd beloop. Mogelijk ligt hier een hoog anticiperend vermogen van een team aan ten grondslag, wat in de bespreking geïdentificeerd, geëvalueerd en bekrachtigd kan worden.

### Ruimte om te spreken over ‘goed gegaan, suboptimaal gedaan’.

Doordat ook succesvolle uitkomsten worden besproken is er de ruimte om open en laagdrempelig te spreken over bijvoorbeeld suboptimale beslissingen of handelingen zonder nadelige consequenties. De kennis van een goede afloop maakt dat er gemakkelijk gediscussieerd kan worden over bepaalde overwegingen of uitdagingen die hieraan ten grondslag lagen, wat leerzaam is voor het hele team.

vijf illustratieve casus te bespreken wat goed of minder goed liep in de samenwerking, is ervaren dat men oordeelsvrij tot een wederzijds inzicht kon komen over, bijvoorbeeld, de specificiteit van advies in een intercollegiaal consult. Het viel op dat deze vorm van discussiëren aan de hand van concrete voorbeelden uit de praktijk tot ieders verbeelding sprak en meer aangrijpt op de natuurlijke motivatie van professionals dan, bijvoorbeeld, een ingelaste vergadering over de algehele samenwerking.

## Conclusie

De traditionele chirurgische complicatiebespreking werd naar een volgend niveau getild door een transformatie naar een hoogfrequente, reflectieve, multidisciplinaire kwaliteitsbespreking met het gehele team. Om kwaliteit continu te verbeteren is een integrale reflectie op de alledaagse praktijk, met aandacht voor zowel de gewenste en ongewenste uitkomsten, een conditio sine qua non waarvoor het meer dan de moeite waard is gebleken om tijd voor vrij te maken. ■

## Literatuur

- 1 Sacks GD, Lawson EH, Tillou A, et al. Morbidity and mortality conference 2.0. *Ann Surg.* 2015;262:228–229.
- 2 Pierluissi E, Fischer MA, Campbell AR, et al. Discussion of medical errors in morbidity and mortality conferences. *JAMA.* 2003;290:2838–2842.
- 3 Xiong X, Johnson T, Jayaraman D, et al. At the crossroad with morbidity and mortality conferences: lessons learned through a narrative systematic review. *Can J Gastroenterol Hepatol.* 2016;2016:7679196.
- 4 Aboumatar HJ, Blackledge CG Jr, Dickson C, et al. A descriptive study of morbidity and mortality conferences and their conformity to medical incident analysis models: results of the morbidity and mortality conference improvement study, phase 1. *Am J Med Qual.* 2007;22:232–238.
- 5 de Vos MS, Hamming JF, Marang-van de Mheen PJ. Learning from morbidity and mortality conferences: focus and sustainability of lessons for patient care. *J Patient Saf.* 2021;17(3):231–238.
- 6 Mosher BD, Anderson CI, Nelson C, et al. The significance of nontechnical root causes in morbidity and mortality conference: the delivery of surgical care as a science. *J Am Coll Surg.* 2009;209:S96–S100.
- 7 Hollnagel E, Woods DD, Leveson NG. *Resilience Engineering: Concepts and Precepts.* Aldershot, UK: Ashgate; 2006.
- 8 Hollnagel E. Introduction to the Resilience Analysis Grid (RAG). 2015. Beschikbaar via: <https://erikhollnagel.com/onewebmedia/RAG%20Outline%20V2.pdf>.
- 9 Hollnagel E, Braithwaite J, Wears R. *Delivering Resilient Health Care.* Abingdon, Oxon; New York, NY: Routledge; 2019.
- 10 Verhagen MJ, de Vos MS, Hamming JF. Taking Morbidity and Mortality Conferences to a Next Level: The Resilience Engineering Concept. *Ann Surg* 2020; 272:678–683.
- 11 Edmondson, A. Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly.* 1999; 44(4), 350–383.
- 12 Argyris C, Schön D. *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective.* Reading, MA, USA: Addison-Wesley Publishing Company; 1978.



# SAVE THE DATE!

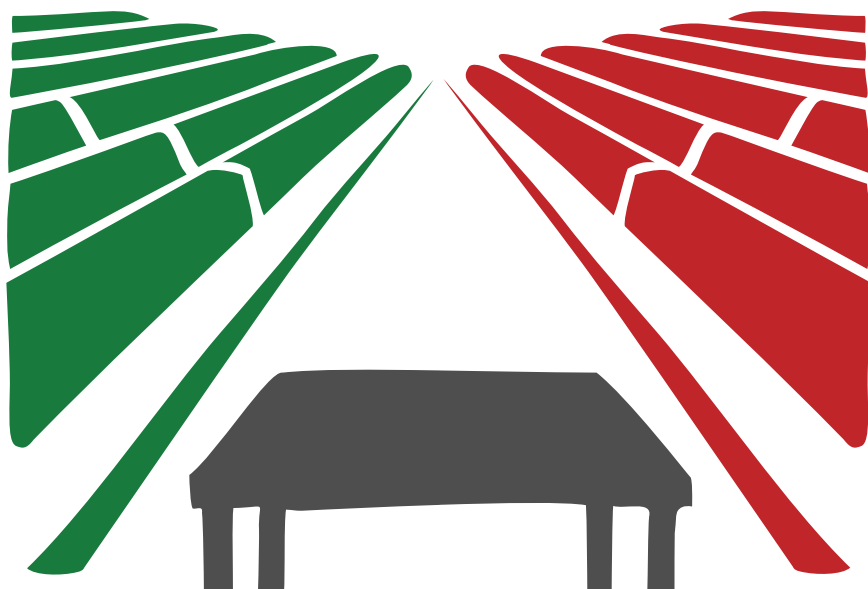
## VASCULAIR DEBAT

---

'Het Aneurysma van  
de Abdominale Aorta'

Programmacommissie:  
Michel Reijnen  
Çağdaş Ünlü  
Hence Verhagen

## VASCULAIR DEBAT

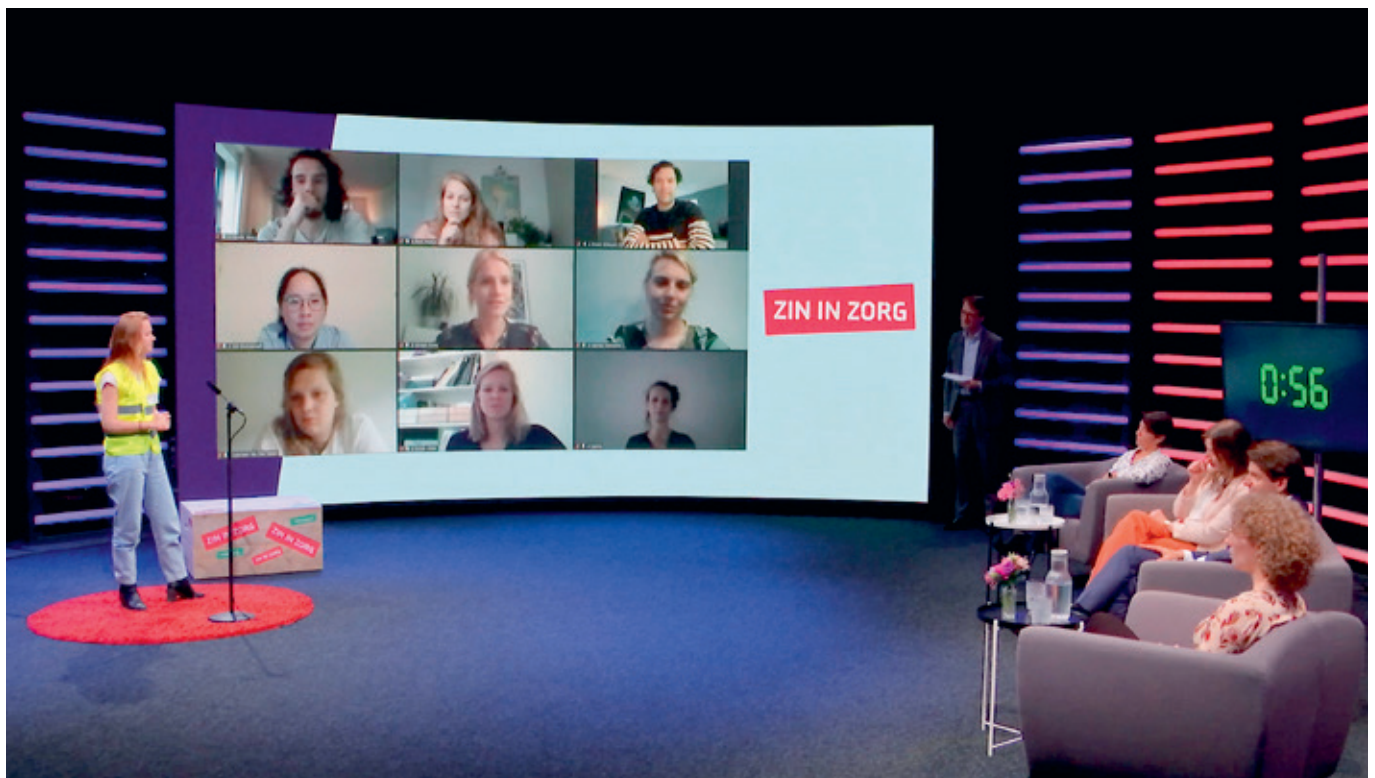


VRIJDAG  
24 SEPT  
2021

-  
FORT DE  
BATTERIJEN  
NIEUWEGEIN

Voor meer informatie en inschrijven: [www.hippocratesacademy.nl](http://www.hippocratesacademy.nl)  
Contact: Judith Otten | 06-50263762 | [info@hippocratesacademy.nl](mailto:info@hippocratesacademy.nl)





Overzicht van de pitch van team 4

# Tijd voor optimisme: Zin in zorg

**Nu er steeds meer dingen ‘normaliseren’ is er ook weer meer ruimte en aandacht voor andere zaken die spelen in de zorg naast COVID. Zo is het ‘Zin-in-Zorg’-initiatief – wat reeds gestart werd in 2019 – weer volop aan de gang, met inmiddels 500 betrokken ambassadeurs.**

Door: Anne Claire Bosmans

Het kan u bijna niet ontgaan zijn: veel A(N)IOS kampen momenteel met burn-outklachten of denken na over stoppen. ‘Zin-in-zorg’, een beweging van en voor jonge dokters, geeft een positief tegengeluid en gaat aan de slag met vier challenges om samen werk te maken van meer werkplezier. De challenges richten zich op meer inspraak in de organisatie van de zorg; ruimte voor persoonlijke ontwikkeling; meer aandacht voor de mens achter de dokter en een positieve hervorming van de werkcultuur. Vier teams van tien jonge artsen zijn inmiddels aan de slag met concrete acties om de werkcultuur in de gezondheidszorg te veranderen. Uiteraard zijn hier ook AIOS Heelkunde bij betrokken. Het uiteindelijke doel is meer werkplezier, minder administratie en fitte jonge artsen die met heel veel zin hun vak uitoefenen en tijd hebben voor de patiënt. Ze worden hierbij gefaciliteerd door De Jonge Specialist, de LAD, LOVAH en VvAA.

Dat klinkt als een goed plan, dus tijd om hier meer te weten over te komen en dus werd er een kop koffie (op afstand) gedronken met Freek Gillissen, GE-differentiant in regio VIII en Thomas Schok, Fellow Oncologie NKI & VvAA bestuurslid.

**Thomas, jij bent vanuit VvAA vanaf het begin bij deze beweging betrokken toen je zelf nog ouderejaars AIOS was. Hoe zijn deze challenges tot stand gekomen en waarom juist deze vier?**

“Het is een heel uitgebreid proces geweest, wat tot stand kwam doordat jonge zorgverleners aanklopten bij VvAA. Ze liepen tegen dingen aan die ervoor zorgden dat ze twijfelden of zo op deze manier wel in de zorg wilden blijven werken. Om deze geluiden te kanaliseren en samen tot een actieplan te komen is er een kick-off meeting georganiseerd om zoveel mogelijk informatie te verkrijgen van jonge zorgverleners. Hieruit volgde een wetenschappelijke analyse om te kijken op welke domeinen verandering nodig is. Dit heeft vervolgens geresulteerd in het formuleren van een toekomstagenda met tien actiepunten (zie tabel). Deze zijn toen gecategoriseerd op vier clusters, waarbij de challenges opgesteld zijn die een behapbaar probleem aanpakken. De beweging hoopt vanuit hier een olievlek vol positiviteit te bewerkstelligen die zich uitbreidt over de gehele zorg.”

**Er is een lijst met tien actiepunten die wij als jonge artsen kunnen ondernemen om ons werkplezier en onze mentale kracht te vergroten. Klinkt heel mooi, maar is dit niet een beetje te optimistisch geschetst?**

“We zijn natuurlijk als chirurg niet gewend om op deze manier over werk na te denken, daar heerst nog heel erg schouders eronder en gaan, we zijn er gewoon slecht in om voor onszelf te zorgen, terwijl dus uit onderzoek blijkt dat daar juist wel behoefte is. We vergeten als zorgverlener vaak ‘onzelf’ en dat is natuurlijk niet duurzaam. Het belang van goede zelfzorg in de zorg is helaas nog zo onderbelicht. Gelukkig is er binnen ons vakgebied steeds meer aandacht hiervoor, ook in het kader van fit-to-perform.”

**Freek, hoe ziet jouw bijdrage eruit en waarom vind je het zo belangrijk dat een AIOS Heelkunde hieraan deelneemt?**

“Na een oproep op LinkedIn – alweer enige tijd geleden – heb ik me aangemeld om ook een chirurgisch geluid te kunnen toevoegen aangezien de meeste ambassadeurs uit beschouwende hoek komen. Nu zet ik me in voor Challenge 4, die zich bezighoudt met het veranderen van de werkcultuur. Ik zie om me heen dat mensen veel uren draaien en er weinig ruimte is voor herstel nadien. Veel uren draaien is natuurlijk niets nieuws, maar tegenwoordig is het wel zo dat de meeste gezinnen uit tweeverdieners bestaan met een drukke baan, naast het huishouden en kinderen.”

**Ja, als je daar iets over zegt binnen de chirurgie hoor je toch nog wel vaak: “Toen wij zo oud waren draaiden we 72-uurs diensten”, “Julie hebben het nu al zo goed”. Daarnaast is er vaak een mentaliteit van “niet lullen maar poetsen”, hoe past Zin-in-Zorg hierbij?**

“Ja klopt, maar misschien is het juist aan ons om te laten zien dat het ook anders kan. Er verandert nooit iets als je maar blijft zeggen dat het ‘altijd al zo was’.”

**Is Zin-in-Zorg een generatieding? Als in: is onze generatie veel bewuster bezig met werkplezier en een betere werk-privébalans? Waarom speelt het juist onder jonge artsen zo?**

“Ja, maar dat speelt niet alleen onder artsen hoor, de samenleving is gewoon veranderd. Het is niet meer één iemand die de kost verdient maar je doet alles samen en vaak gelijk verdeeld, dan moet er ook ruimte zijn voor andere dingen dan werk alleen. Uiteraard werken we veel en dat doen we ook met veel bevoegdheid en passie, anders houd je dat ook niet vol. En ik zeg ook niet dat we naar een negen-tot-vijf-mentaliteit toe moeten of pauzes moeten nemen van een uur, maar de bewustwording dat een boterham snel naar binnen werken achter de computer niet normaal is en dat de werkcultuur die wij hebben anders kan, ja daar sta ik wel echt achter. Natuurlijk zijn we in opleiding en willen we allemaal langer blijven om een interessante operatie te zien, maar als er om half zeven nog steeds EPD’s moeten worden bijgewerkt door het gros van de assistenten, dan klopt er mijn inziens iets niet.”

**Ik heb ter voorbereiding een podcast van Zin-in-Zorg beluisterd van KoffieCo, onder andere over dat het oké is om voor jezelf te zorgen, je eigen grenzen aan te geven en over het jezelf durven zijn. Dat je daarmee de zorg positief kunt beïnvloeden en dat jonge en ervaren artsen nog heel veel van elkaar kunnen leren. Hebben jullie concrete tips voor chirurgen (i.o.) om meer ‘zelf-compassie’ te hebben?**

“Concreet dus echt een halfuurtje op een dag even ‘uit je werk stappen’, loop naar het restaurant of naar buiten, klets even met collega’s over niet vak-inhoudelijke zaken en neem even echt een break. Dan kun je daarna weer veel effectiever en met frisse energie verder en ben je waarschijnlijk ook nog meer efficiënt. Dat probeer ik ook echt over te brengen aan mijn jongere collega’s. Je kunt niet goed voor anderen zorgen als je niet ook voor jezelf zorgt.”

**Wat is de volgende stap in de Zin-in-Zorg-beweging en hoe kunnen wij als AIOS Heelkunde hier profijt van hebben?**

“We gaan een meet-week houden vanuit challenge 4 om te kijken hoeveel uren er nou eigenlijk gewerkt worden en wat nou echt inhoudelijk werk is en wat oneigenlijke taken zijn. Je denkt misschien nog meer administratie, maar dit wordt makkelijk gemaakt door het team en is dus alleen tijdens een landelijk meetmoment. We gaan ook ludieke acties houden zoals de #ikneempauze lanceren en langs bij de COC’s om dit onder de aandacht te brengen. Hopelijk wordt hiermee een golf gestart die in staat is de werkcultuur echt te veranderen, daar zouden niet alleen de AIOS baat bij hebben, maar heel chirurgisch Nederland.” ■

# Hepatothorax van een geruptureerde lever als zeldzame oorzaak van thoracale verbloedingsshock tijdens spoedthoracotomie na stomp trauma

M.W.G. Bronkhorst en M.P.J. Engelen; HMC Trauma Unit, Den Haag

### Inleiding

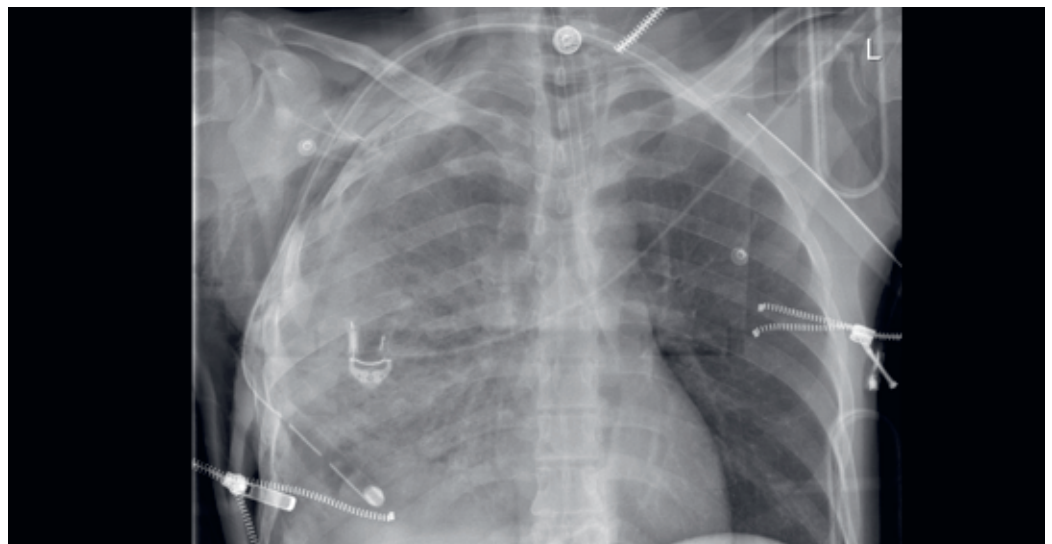
Verbloedingsshock door een hematothorax vereist veelal een acuut ingrijpen, terwijl de focus van de verbloeding niet altijd duidelijk is. In tegenstelling tot bij een penetrerend letsel van de thorax, zoals bij een scherpe verwonding van long of hart, is het bekend dat een spoedthoracotomie voor een stomp thoracaal letsel slechtere uitkomsten geeft vaak op basis van ernstige letsels (1). Bekende oorzaken voor een hematothorax zijn onder meer een ruptuur van de aorta of het myocard, letsels van hilaire structuren, letsels van het longparenchym, ribfracturen en intercostale bloedingen. Abdominale oorzaken voor een hematothorax komen niet vaak voor omdat het flexibele intacte diafragma de borstholte en de buikholte scheidt. Wij presenteren een casus van een stomp trauma waarbij een geruptureerde lever in de thoraxholte migreerde door een gescheurd rechter hemidiafragma, hetgeen leidde tot exsanguinatie. Tevens bekijken we de literatuur over dit onderwerp.

### Case Report

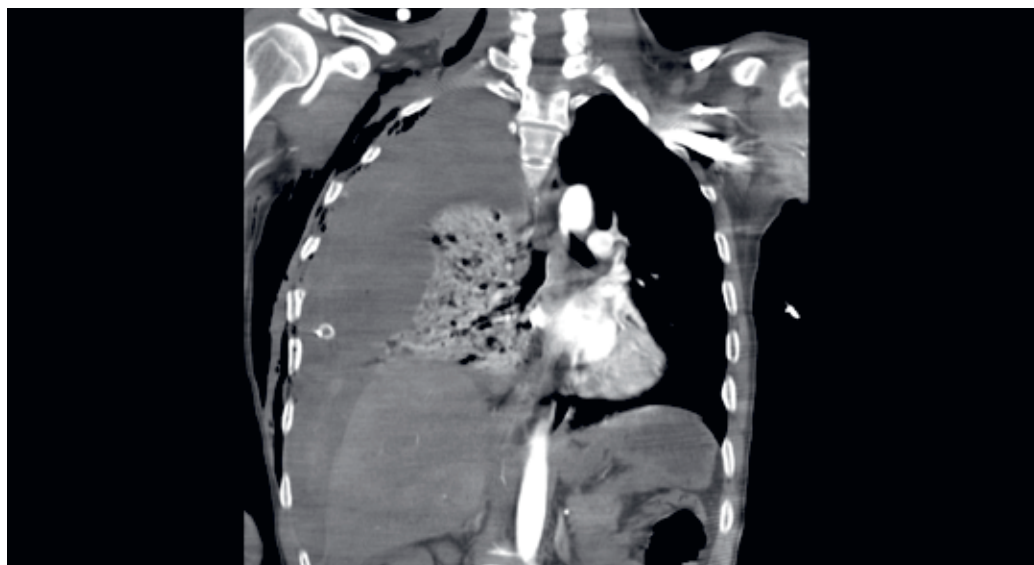
Een 45-jarige fietser werd aangereden door een auto met ongeveer 80 kilometer per uur. De patiënt werd ter plaatse behandeld door ambulance en traumaheli, waarbij onder meer een pleuradrain rechts werd ingebracht die onmiddellijk bloed produceerde. Bij presentatie op de shockroom bleek hij klinisch in een diepe hemorrhagische shock met bleekheid, zweten, een bloeddruk van 70/40 mmHg en hartfrequentie van 120/min. Hij was geïntubeerd en de cervicale wervelkolom was gestabiliseerd. De rechter hemithorax was klinisch instabiel met meerdere ribfracturen. De longgeluiden rechts waren afwezig en een spoedthoraxfoto liet multipole ribfracturen, een hematothorax en subcutaan emfyseem zien (figuur 1).

Na de eerste resuscitatie klom de bloeddruk op naar 105/70 mmHg zodat er tijd was voor een total body CT op de shockroom (figuur 2). De overige letsels die werden gevonden waren: een C2 hangman's fracture, vrij intraperitoneaal vocht, een open humerusfractuur rechts, een instabiele bekkenfractuur (met T-pod) en een open crurisfractuur rechts. Meteen na de CT daalde de bloeddruk naar 70/40 mmHg (transient responder) en had de pleuradrain 1,5 liter bloed geproduceerd, zodat tot een spoedthoracotomie werd besloten. Tijdens de rechtszijdige anterolaterale thoracotomie

Figuur 1.  
Eerste X-THORAX enkele minuten na presentatie op de shockroom met multipole ribfracturen, subcutaan emfyseem en hemothorax. Pleuradrain en tracheatube in situ.



Figuur 2.  
CT scan laat ernstige hemothorax zien met collaps van de rechterlong. Er is vrij vocht rond de lever te zien maar geen diafragmaruptuur of hepatothorax.

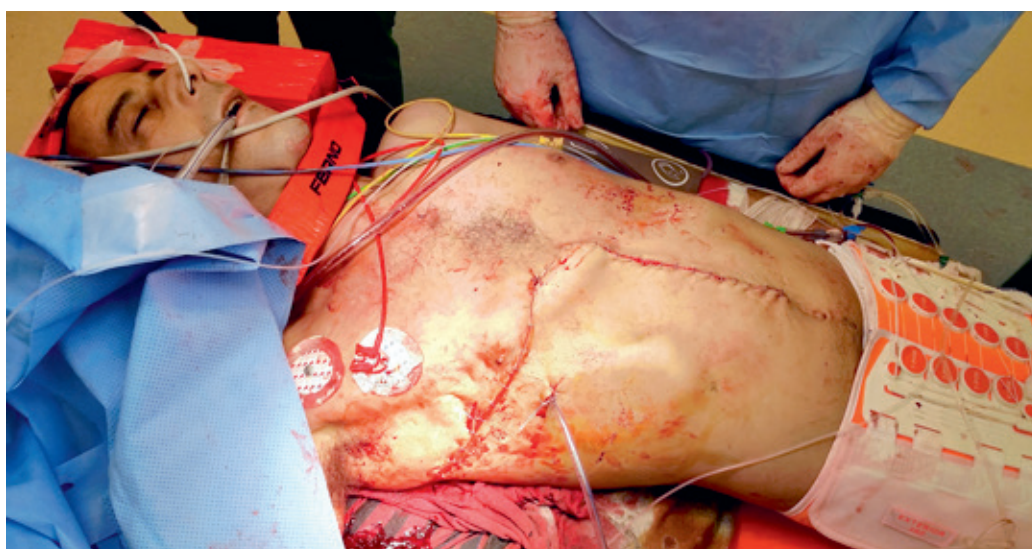


werd een hemothorax gedraïneerd. Op de viscerale pleura van de rechterlong waren enkele kleine wonden te zien, met een verder intacte long. Het rechter diafragma was geruptureerd en de lever lag voor een groot deel in de thoraxholte. Er was sprake van een graad-4-leverruptuur (zoals ook al op de CT werd gezien) met profuus bloedverlies. De anterolaterale thoracotomie werd uitgebreid naar een thoraco-phrenico-laparotomie, en de lever werd gereponeerd en gepackt met buikgazen. Hier overheen werd het diafragma gesloten, waardoor de lever adequaat gepackt leek en hemostase leek te zijn bereikt.

Op dit moment ontstond een bradycardie en aansluitend een asystolie waarna het pericard werd geopend en intrathoracale hartmassage werd gegeven als ondersteuning bij de reanimatie. Tijdens deze procedure ontwikkelde zich een ventrikelfibrillatie die met directe intrathoracale defibrillatie kon worden omgezet in een sinusritme met output. De thorax, het diafragma en het abdomen werden nu gesloten (figuur 3). De pleuradrain produceerde geen bloed meer en de patiënt kon naar de ICU worden overgeplaatst. Korte tijd later overleed hij als gevolg van verdere aritmieën.

### Discussie

Acute traumatische hemothorax als gevolg van een geruptureerde intrathoracale lever die hernieert door een geruptureerd rechter hemidiafragma werden al eerder beschreven na stompe traumata (2, 3) en na scherpe traumata (4) maar mag desondanks als een zeldzame oorzaak van een hemothorax rechts worden beschouwd. Meer bekende oorzaken van hemothorax zijn letsels van het longparenchym, bloedingen van intercostale arteriën, bloedingen van de arteria mammaria, ribfracturen, letsels aan hilaire structuren en rupturen van aorta en myocard. Acute traumatische diafragmarupturen komen voor bij 0.8–8% van slachtoffers van stompe traumata (5). Linkszijdige rupturen komen vaker voor (ongeveer 90% in stomp trauma) dan rechtszijdige (6), waarbij als belangrijkste traumamechanisme hoog-energetische verkeersongevallen worden genoemd. Verder is het bekend dat stompe traumata, schotwonden en rechtszijdige rupturen samengaan met ernstigere geassocieerde letsels en met een hogere mortaliteit, dan linkszijdige rupturen (7). Ook na zeer lange tijd kan een niet-geruptureerde traumatische hepatothorax nog leiden tot pijn, respiratoire insufficiëntie, atelectase of



Figuur 3.  
Na sluiten van thorax, diafragma en abdomen. Met nekkraag en T-pod kan patiënt op transport naar ICU.

mediastinale verplaatsing waarvoor reconstructie nodig kan zijn (9). Het diafragma is de belangrijkste spier voor het creëren van de negatieve intrathoracale druk, die nodig is voor de ademhaling en voor de veneuze return naar het rechter hart (4). Een ruptuur in het diafragma met een migratie van abdominale organen naar de thoraxholte verstoort dit mechanisme, waardoor verlies van de thoraco-abdominale drukgradiënt optreedt met als gevolg een respiratoire insufficiëntie. Compressie van de vena cava met als gevolg een verminderde veneuze return veroorzaakt een cardiovasculaire insufficiëntie (11).

Peritoneale lavage als diagnosticum kan fout-negatief zijn (2) omdat de geruptureerde lever hoofdzakelijk in de thorax bloedt. Op thoraxfoto's is slechts een op de drie gevallen te herkennen en dit is nog minder bij beademde patiënten (12). Een CT-scan heeft een sensitiviteit van circa 36 tot 82,7% om rechtszijdige rupturen in beeld te krijgen (7, 13). Ook in deze casus was de diafragmaruptuur en de migratie van de lever niet op de CT-scan te zien. Bij patiënten die zich met een extreme hemorrhagische shock en een hematothorax presenteren na een stomp trauma, kan een spoedthoracotomie zowel op de shockroom als op de operatiekamers worden verricht afhankelijk van specifieke omstandigheden. Bij een penetrerend thoracaal letsel is er brede consensus dat de uitkomst het best is bij patiënten met

een 'witnessed arrest' en dan vooral bij patiënten met een geïsoleerde steekwond in het hart (14). De resultaten van een spoedthoracotomie na een stomp trauma zijn over het algemeen veel slechter, hoewel een recent gepubliceerde Europese systematische review liet zien dat één op de vier patiënten overleeft zonder neurologische restverschijnselen (14). Volgens Van Waes is het voor ervaren, geoefende Nederlandse traumachirurgen, net zoals in hoog-volume ziekenhuizen in Zuid-Afrika en de Verenigde Staten, mogelijk om dezelfde resultaten te bereiken (15). Het dogma dat spoedthoracotomieën alleen zin hebben bij penetrerend letsel moet worden heroverwogen en het indicatiegebied kan worden uitgebreid met specifieke geselecteerde gevallen van stompe traumata (16). Het pakken van de lever en het sluiten van het diafragma leidde tot hemostase in onze patiënt.

De hepatothorax van een geruptureerde lever door een gescheurd diafragma is een bekende maar zeldzame oorzaak van verbloeding in de thoraxholte. Radiologische diagnostiek is slechts van beperkte waarde bij het onderscheid met andere oorzaken van rechtszijdige hematothorax. Bij verbloeding in de rechter hemithorax blijft spoedthoracotomie aangewezen, ongeacht de radiologische bevindingen. Het pakken van de lever en sluiten van het diafragma tijdens damage control surgery is vermoedelijk het beste scenario bij dit zeldzame letsel. ■

## Literatuur

- Grove CA, Lemmon G, Anderson G, McCarthy M. Emergency thoracotomy: appropriate use in the resuscitation of trauma patients. *The American surgeon*. 2002 Apr;68(4):313-6; discussion 6-7. PubMed PMID: 11952239.
- Tribble JB, Julian S, Myers RT. Rupture of the liver and right hemidiaphragm presenting as right hemothorax. *The Journal of trauma*. 1989 Jan;29(1):116-8. PubMed PMID: 2911090.
- Genotelle N, Lherm T, Gontier O, Le Gall C, Caen D. [Right uncontrollable haemothorax revealing a liver injury with diaphragmatic rupture]. *Annales francaises d'anesthesie et de reanimation*. 2004 Aug;23(8):831-4. PubMed PMID: 15345257. Hemothorax droit intarissable revelateur d'une plaie hepatique avec rupture diaphragmatique.
- Agrusa A, Romano G, Chianetta D, De Vita G, Frazzetta G, Di Buono G, et al. Right diaphragmatic injury and lacerated liver during a penetrating abdominal trauma: case report and brief literature review. *World journal of emergency surgery* : WJES. 2014;9:33. PubMed PMID: 24817907. Pubmed Central PMCID: 4016783.
- Iochum S, Ludig T, Walter F, Sebbag H, Grosdidier G, Blum AG. Imaging of diaphragmatic injury: a diagnostic challenge? *Radiographics* : a review publication of the Radiological Society of North America, Inc. 2002 Oct;22 Spec No:S103-16; discussion S16-8. PubMed PMID: 12376604.
- Mihos P, Potaris K, Gakidis J, Paraskevopoulos J, Varvatsoulis P, Gougoutas B, et al. Traumatic rupture of the diaphragm: experience with 65 patients. *Injury*. 2003 Mar;34(3):169-72. PubMed PMID: 12623245.
- D'Souza N, Clarke D, Laing G. Prevalence, management and outcome of traumatic diaphragm injuries managed by the Pietermaritzburg Metropolitan Trauma Service. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*. 2017 May;99(5):394-401. PubMed PMID: 28462659. Pubmed Central PMCID: 5449703.
- Senent-Boza A, Segura-Sampedro JJ, Olivares-Oliver C, Padillo-Ruiz FJ. Hepatothorax caused by a late post-traumatic diaphragmatic rupture. *Cirugia espanola*. 2015 Aug 7. PubMed PMID: 26259648. Hepatorax por rotura diafragmatica postraumatica tardia.
- Ebrahimi G, Bloemers FW. A delayed traumatic right diaphragmatic hernia with hepatothorax. *Journal of surgical case reports*. 2012;2012(1):1. PubMed PMID: 24960716. Pubmed Central PMCID: 3649448.
- Lugarinho-Monteiro M, Pereira L, Seco C. [Chronic hepatothorax due to right diaphragmatic rupture: an anesthetic challenge in a rare case]. *Revista brasileira de anesthesiologia*. 2018 Mar - Apr;68(2):190-3. PubMed PMID: 27005827. Hepatorax cronico devido a ruptura do diafragma direito: um desafio anestesico em um caso raro.
- Vilallonga R, Pastor V, Alvarez L, Charco R, Armengol M, Navarro S. Right-sided diaphragmatic rupture after blunt trauma. An unusual entity. *World journal of emergency surgery* : WJES. 2011;6:3. PubMed PMID: 21244704. Pubmed Central PMCID: 3032671.
- Gelman R, Mirvis SE, Gens D. Diaphragmatic rupture due to blunt trauma: sensitivity of plain chest radiographs. *AJR American journal of roentgenology*. 1991 Jan;156(1):51-7. PubMed PMID: 1898570.
- Killeen KL, Mirvis SE, Shanmuganathan K. Helical CT of diaphragmatic rupture caused by blunt trauma. *AJR American journal of roentgenology*. 1999 Dec;173(6):1611-6. PubMed PMID: 10584809.
- Narvestad JK, Meskinfamfard M, Soreide K. Emergency resuscitative thoracotomy performed in European civilian trauma patients with blunt or penetrating injuries: a systematic review. *European journal of trauma and emergency surgery* : official publication of the European Trauma Society. 2016 Dec;42(6):677-85. PubMed PMID: 26280486. Pubmed Central PMCID: 5124032.
- Van Waes OJ, Van Riet PA, Van Lieshout EM, Hartog DD. Immediate thoracotomy for penetrating injuries: ten years' experience at a Dutch level I trauma center. *European journal of trauma and emergency surgery* : official publication of the European Trauma Society. 2012 Oct;38(5):543-51. PubMed PMID: 23162671. Pubmed Central PMCID: 3495272.
- Schober P, de Leeuw MA, Terra M, Loer SA, Schwarte LA. Emergency clamshell thoracotomy in blunt trauma resuscitation: Shelling the paradigm-2 cases and review of the literature. *Clinical case reports*. 2018 Aug;6(8):1521-4. PubMed PMID: 30147896. Pubmed Central PMCID: 6098997.

# Onbegrepen buikpijnklachten na gastric bypass

M.W. Tissink, semi-arts, Isala Klinieken Zwolle, Rijksuniversiteit Groningen; A.D. van Dalsen, Gastro-intestinaal chirurg, Isala Klinieken Zwolle

## Samenvatting

Een 40-jarige vrouw met een uitgebreide abdominaal-chirurgische voorgeschiedenis presenteerde zich op de Spoedeisende Hulp (SEH) met acuut ontstane pijnklachten rechts onderin de buik. Aanvullend onderzoek toonde licht verhoogde infectieparameters en de initiële CT-abdomen liet geen acute abdominale pathologie zien. Bij aanhoudende klachten werd een diagnostische laparoscopie verricht waar peroperatief een torsie van het omentum majus werd aangetroffen. Een torsie van het omentum majus is een zeldzame diagnose.

## Casus

Een 40-jarige vrouw presenteerde zich op de SEH met acuut ontstane pijn rechts onderin de buik. De pijn ging niet gepaard met misselijkheid, braken, een veranderd defecatiepatroon of mictieklachten. De patiënte had in de voorgeschiedenis onder andere een appendectomie, gastric bypass, cholecystectomie, twee sectio's caesarea en een buikwandcorrectie.

De vitale parameters waren niet afwijkend. Onderzoek van het abdomen liet verscheidene littekens van laparoscopische ingrepen en de buikwandcorrectie zien. Bij auscultatie werd een normaal klinkende peristaltiek gehoord. Verder was het abdomen soepel en was patiënte matig pijnlijk bij percussie en drukkijnlijk met een puntum maximum rechts onderin de buik. Het bloedonderzoek toonde leukocyten van  $7.2 \times 10^9/L$  ( $4.0 - 10.0 \times 10^9/L$ ), C-Reactieve Proteïne (CRP) van 28 mg/L ( $<5 \text{ mg/L}$ ) en een lactaat van 1.2 mmol/L ( $0.5-2.2 \text{ mmol/L}$ ). Het urinesediment was schoon. Een quick-look echo, transvaginale echo en CT-abdomen lieten geen acute pathologie zien, behoudens minimaal vrij vocht in cavum Douglasi.

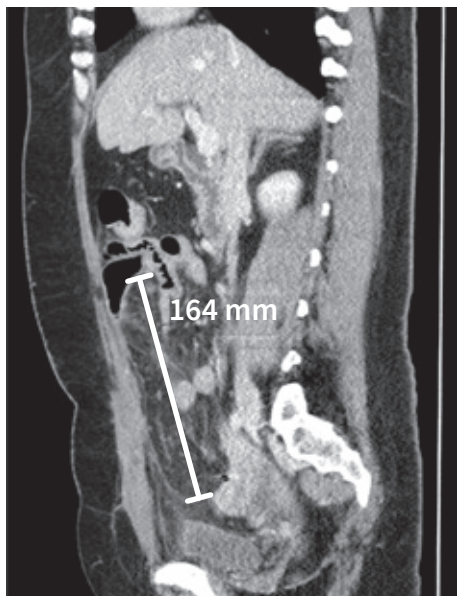
De patiënte werd opgenomen op de afdeling Chirurgie ter observatie. De pijnklachten bleven tijdens de opname aanhouden,

waarna een tweede CT-abdomen werd gemaakt. Op de CT-abdomen werd, over een langgerekt gebied, een infiltraat rechts in het omentum gezien (afbeelding 1), waarna besloten werd om een diagnostische laparoscopie te verrichten. Peroperatief werd een torsie van het omentum majus gezien die zich driemaal om zijn eigen as had getordeerd met tekenen van beginnende ischemie (afbeelding 2). Behandeling geschiedde middels excisie van het omentum, waarna het preparaat werd opgestuurd naar de patholoog voor verder onderzoek. Het pathologieverslag beschreef concluderend 'omentum met ischemische veranderingen'. Patiënte knapte postoperatief spoedig op en kon de volgende dag ontslagen worden naar huis.

## Beschouwing

Een torsie van het omentum majus is een zeldzame aandoening waarvan nog weinig bekend is over de etiologie en pathologie. Eitel beschreef het voor het eerst in 1899.<sup>1</sup> De torsie kan zich zowel primair als secundair ontwikkelen. Bij een primaire torsie, die vaker bij kinderen wordt gezien,<sup>2</sup> draait het omentum zich volledig om zijn eigen as.<sup>3</sup> Dit in tegenstelling tot een secundaire torsie, waarbij adhesies van het vrije gedeelte van het omentum aan verscheidene intra-abdominale structuren kunnen vastzitten. Dit kan een ruimte-innemend proces (cyste, abces, maligniteit) zijn, een streng, een chirurgisch litteken of een inflammatoir focus.<sup>4</sup> Belangrijke predisponerende factoren zijn obesitas, anatomische variatie en interindividuele omentale bloedvoorziening.<sup>5</sup> Bij beschreven patiënte was een belangrijke predisponerende factor waarschijnlijk de uitgevoerde dissectie van het omentum van de curvatura major tijdens de bariatrische chirurgie. Langdurige torsie van het omentum leidt tot een belemmering in de vascularisatie van het omentum en kan uiteindelijk leiden tot symptomen van acute buik en ischemie van het distale deel van het omentum.<sup>6</sup> De diagnose wordt in de meeste gevallen peroperatief gesteld, omdat klinische symptomen overeenkomen met frequent voorkomende oorzaken van buikpijn zoals appendicitis acuta of symptomatische cholecystolithiasis. De laatstgenoemde oorzaken zijn daarentegen wel duidelijk vast te stellen met beeldvorming.

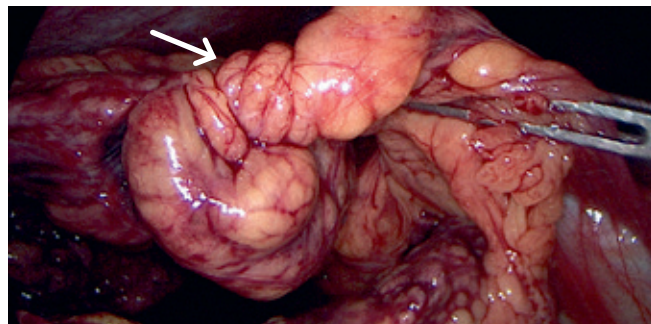
De patiënte in beschreven casus benoemde dat zij sinds een half jaar een zeurende pijn ervoer ter hoogte van haar rechterheup nadat zij van een trap was gevallen. De pijn had zich nu acuut verplaatst naar rechts onderin de buik en was intenser van aard



Afbeelding 1: CT-Abdomen. Coronaal aanzicht (links). De witte pijl wijst de infiltratie rondom het omentum majus aan. Sagittaal aanzicht (rechts). Langgerekt gebied van 164mm infiltraat van het omentum majus.

dan hiervoor. Acute buikpijn met voorafgaand pijn ter hoogte van de rechter fossa iliaca, wordt in meerdere patiëntcasussen beschreven.<sup>4,7</sup> In deze casussen werd de pijn ook specifiek ter hoogte van de rechter fossa iliaca benoemd door patiënten en niet ter hoogte van de linker fossa iliaca. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat de rechterzijde van het omentum groter, langer en mobieler is dan de linkerzijde en daardoor makkelijker

tordeert.<sup>6,8</sup> Daarnaast zijn er aanwijzingen dat een stomp trauma, zoals een val, ten grondslag kan liggen aan een torsie van het omentum majus.<sup>9</sup>



Afbeelding 2: Opname laparoscopie. De witte pijl wijst de torsie van het omentum majus aan.

Een torsie van het omentum majus kan worden aangetoond middels een CT-abdomen. Een kenmerkend aspect wat op CT gezien kan worden, zijn concentrische lineaire strengen die niet gezien worden in andere omentale ziektebeelden.<sup>10</sup> Indien de galblaas en appendix een normaal aspect hebben of afwezig zijn, vergemakkelijkt dat de diagnose van een torsie van het omentum.<sup>10</sup> De beeldvormende differentiaal diagnose is echter breed en bevat onder andere panniculitis en lipiden bevattende tumoren zoals een liposarcoom.<sup>6</sup> De klinische presentatie van de patiënt is daarom van groot belang om te differentiëren. Bovendien wordt lang niet altijd de torsie zelf, maar worden gevolgen, zoals beginnende ischemie of vetinfiltratie, gezien op beeldvormend onderzoek.<sup>6,10</sup> Dit was ook het geval in beschreven patiëntcasus, waardoor de uiteindelijke diagnose pas peroperatief werd gesteld.

### Conclusie

Een torsie van het omentum majus is een zeldzame diagnose die in de meeste gevallen peroperatief wordt gesteld. De beschreven patiëntcasus bevestigt de complexiteit voor het stellen van de juiste diagnose, daar de klinische symptomen bij een brede differentiaal diagnose passen en een CT-abdomen lang niet altijd verduidelijking geeft. Naar aanleiding van deze casus lijkt de anatomische variatie in het omentum majus na bariatrische chirurgie een belangrijke predisponerende factor. Definitieve behandeling volstaat middels excisie van het omentum majus. ■

### Literatuur

1. Eitel G. Rare omental Torsion. *N Y Med Rec.* 1899;55:715.
2. Crandall WV, Langer JC. Primary omental torsion presenting as hip pain and limp. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 1999;28:95-6.
3. Ghosh Y, Arora R. Omental torsion. Vol. 8, *J Clin and Diagn Res.* 2014;8:1-2.
4. Sasmal PK, Tania O, Patle N, Khanna S. Omental torsion and infarction: a diagnostic dilemma and its laparoscopic management. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2010;20:225-9.
5. Yang Q, Gao Y. Incarcerated recurrent inguinal hernia as a cause of secondary torsion of the greater omentum: a rare case report and literature review. *J Int Med Res.* 2019;47:5867-72.
6. Lo CP, Chen TW, Liu HD, et al. CT diagnosis of primary torsion of the greater omentum. *Eur J Radiol Extra.* 2004;52:69-72.
7. Zaleta-Cruz JL, Rojas-Méndez J, Garza-Serna U, et al. Torsión de epiplón. Reporte de caso. *Cir y Cir.* 2017;85:49-53.
8. Tasleem A, Zaman Q, Thomas DA, et al. Omental Torsion: An Unusual Cause of Right Iliac Fossa Pain and Role of Laparoscopic Management. *Gastroenterol Res.* 2013;6:237-9.
9. Crofoot DD. Spontaneous segmental infarction of the greater omentum. *The Am J Surg.* 1980;139:262-4.
10. Naffaa LN, Shabb NS, Haddad MC. CT findings of omental torsion and infarction: Case report and review of the literature. *Clin Imaging.* 2003;27:116-8.





Dit keer maar liefst twee nieuwe rubrieken, namelijk tips & tricks voor collega's & 'how to stay fit to perform'. Ter introductie van deze rubrieken zullen onze nieuwe bestuursleden het spits afbijten. Ben jij of ken jij iemand die zou moeten shinen in dit katern? Mail dan naar [info@vagh.nl](mailto:info@vagh.nl)!

# Tips & Tricks voor het eerste jaar

Door: **Joyce-Manyi Bakia**

Nu sta ik zelf inmiddels aan de vooravond van mijn differentiatie kinderchirurgie, maar mijn eerste jaar staat mij nog goed bij. In de zomer van 2017 verliet ik op vrijdag het Radboudumc als ANIOS, om op maandag de overdrachtsruimte te betreden als kersverse AIOS. Eindelijk was het dan zover; officieel in opleiding tot chirurg. Nu luidt het gezegde: "Door schade en schande wordt men wijs". Als echter enige wijsheid voort kan komen uit het delen van de adviezen die ik zelf toentertijd kreeg, hoop ik dat de AIOS van de zomer van 2021 (en later) weer net wat minder schade en schande nodig hebben.

## 1. Geef jezelf tijd om te wennen

Je kan het gevoel krijgen te zijn begonnen aan een hele nieuwe baan. Jongere collega's superviseren, een poli op jouw naam en natuurlijk vaker opereren. Waar eerst de klemtoon van je dag lag op het afdelingswerk, word je nu ondergedompeld in de wondere wereld van het operatiecomplex. Jij maakt de stap van oefenen op

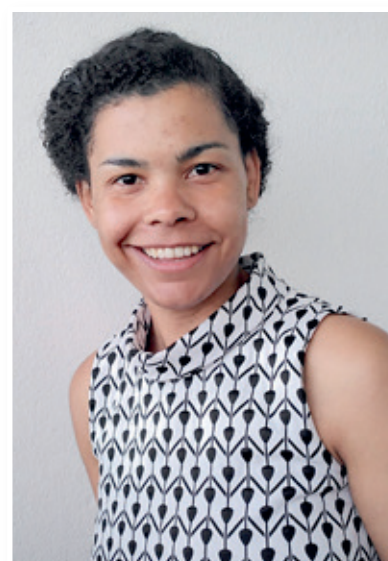
modellen, naar het echte werk. Jij neemt het scalpel nu ter hand. Jij prijkt op het dagprogramma als eerste operateur. Bovendien leer je ook genoeg waarvan je niet eens wist dat je het nog niet wist (al nagedacht over hoe je gedegen poetst en steriel afdekt?). Wees niet verwonderd als je bedtijd de eerste maanden iets vroeger is.

## 2. Houd de operatieassistenten te vriend

Zij hebben vele AIOS zien komen en gaan. Dus zorg dat ze jou als AIOS op het operatiecomplex liever zien komen dan gaan. Stel je altijd voor (desnoods een keer extra, dat advies gaat zeker op als je een dubbele voornaam hebt), neem initiatief in de voorbereidingen op de OK, leer de mores kennen van jullie operatiecomplex en onthoud dat ook van hen veel te leren is.

## 3. Vergeet het noodzakelijk onderhoud niet

Ook chirurgen in spe moeten eten.



Joyce-Manyi Bakia

Ook chirurgen in spe moeten drinken. Ook chirurgen in spe moeten naar het toilet. Neem een glas water tussendoor. Stop die boterhammen in je doktersjas (of, tot groot vermaak van mijn collega's, een weckpot met salade in een nabijgelegen koelkast). Laat 's avonds na thuiskomst niet de eerste keer zijn dat je je blaas ledigt, nadat je die ochtend bent vertrokken. Er is veel om op te letten op een dag, maar let daarbij ook op jezelf.

## 4. Geniet ervan

Het is een prestatie om te mogen beginnen aan de opleiding heelkunde, dus vergeet niet te midden van al het bovenstaande soms een moment te pakken om even trots op jezelf te zijn. ■



# Fit to perform

Er is steeds meer aandacht voor self-care, geen inspanning zonder ontspanning en alles draait om balans, op die manier blijf je fit-for-surgery / fit to perform. Of dit nou door een gekke hobby komt, door actief te sporten of door juist op een creatieve manier met ons werk om te gaan, dat wisselt per AIOS.

**Door: Martine Frouws**

Hoe zorg ik ervoor dat ik fit to perform blijf? Met de dagelijkse administratielast en hoge werkdruk heeft iedereen vaak het gevoel te zijn overgeleverd aan 'het systeem'. In plaats van je hierbij neerleggen, merk ik dat het veel energie oplevert om de knelpunten in het systeem aan te pakken. Dit kan klein beginnen, zoals het efficiënter plannen van de afspraken op de poli of implementeren van een vurig gewenste sneltoets in het EPD. Zaken waar je collega's en jij dagelijks blij van worden zijn het waard om energie in te

steken, zeker als het je uiteindelijk veel energie gaat besparen. Energie die je vervolgens weer aan een volgend project kan besteden.

De afgelopen jaren ben ik opgeleid in het Groene Hart Ziekenhuis en het LUMC en ik krijg in deze ziekenhuizen de ruimte om dit soort projecten op te pakken. Mijn opleider noemt het zorgverbeteren. Eigenlijk vind ik dat iedereen een beetje zorgverbeteraar moet zijn, dan tillen we samen de zorg naar een hoger niveau, zodat we allemaal fit to perform kunnen blijven. Vele handen maken immers lichter en minder



Martine Frouws

werk. Maar je kunt ook gewoon een rondje gaan wielrennen... ■

## Aankondiging nieuwe bestuursleden

Op 21 mei 2021 vond aansluitend aan de Voorjaarsdag de ALV van de VAGH plaats, waarbij een officiële bestuurswisseling plaatsvond. We willen nogmaals Tijmen Koëter (regio VII) en Nigel Kooreman (regio III) bedanken voor hun toelozende inzet de afgelopen jaren. Vanuit de regio Nijmegen heten we Joyce-Manyi Bakia welkom als nieuw bestuurslid, zij zal tevens de functie van penningmeester op zich nemen. En vanuit de regio Leiden wordt de VAGH versterkt door Martine Frouws. ■

## Samenvatting ALV

Vanwege COVID-19 vond de meest recente ALV opnieuw digitaal plaats via Zoom. De livestream werd door ruim 100 leden gevolgd en er konden vragen gesteld worden via de chatsessie. Een update werd gedeeld over het afgelopen half jaar, waarbij opnieuw gereflecteerd werd op de COVID-19-periode, de huidige situatie omtrent de arbeidsmarkt en de rol van VAGH hierin, en de AIOS enquête. Het financieel jaaroverzicht 2020 werd gepresenteerd door de penningmeester na eerdere goedkeuring door de kascontrolecommissie. Hierna was er ruimte om vragen vanuit de leden beantwoorden, welke terug te vinden zijn in de notulen op het besloten deel van de website van de NVvH. Tot slot was het tijd voor de bestuurswissel (en werden de toekomstplannen van de VAGH door de voorzitter gepresenteerd. ■

# Nieuwe AIOS

gestart per 1 juli 2021, van harte gefeliciteerd!



Arthur Elfrink  
Spaarne Gasthuis



Jai Scheerhoorn  
Maastricht UMC



Emma van der Schans  
UMC Utrecht



Marleen Romeijn  
Maxima MC



Thomas Brouwer  
Groene Hart ziekenhuis



Vivian Bastiaenen  
Flevoziekenhuis



Dirk-Jan van Beek  
Diakonessenhuis



Renu Bahadoer  
Haga ziekenhuis



Daniël Nossen, Franciscus  
Gasthuis & Vlietland



Daniël Lambrichts  
Reinier de Graaf Gasthuis



Eva Voogt, Franciscus  
Gasthuis & Vlietland



Wouter Verduin, Elisabeth-  
Tweesteden ziekenhuis



Steven Leeuwerke  
UMCG



Stefan Büttner  
Amphia ziekenhuis



Steffi Karhof  
Viecuri Venlo



Christinne Corion  
Haaglanden MC



Nienke Vuurberg  
Martini ziekenhuis



Remco van Egmond  
Gelderse Vallei Ede



Rosalie Barendregt  
VUMC



Hamid Lufti  
Treant ziekenhuisgroep



Sylvana de Mik  
UMCG



Marijn Pool  
St Antonius ziekenhuis



Sem Hardon  
Zaans MC



Charlotte Heidsma  
OLVG



Sarah Wennmacker  
CWZ Nijmegen



Willemieke van Braak  
UMCU



Jeroen Claessen  
Tergooi ziekenhuis



Jara Jonker  
Isala ziekenhuis



Jeske Boeding  
Ikazia ziekenhuis

# Dr. Strange

Door: Karin Ruitenbeek

Kent u deze Mitchel & Webb-sketch? Een onuitstaanbare man is op een feestje en elke zin die hij uitspreekt is een variatie op 'interesting, but it's not brain surgery, is it?'. De man is namelijk neurochirurg en hij wil dat iedereen het weet. Dat brengt ons vreemd genoeg bij een Marvel superheld en het onderwerp van deze column: Dr. Stephen Strange, oppermagiër. Dr. Strange is niet-praktiserend neurochirurg en in zijn eerste film zien we hoe hij niet-praktiserend is geworden. Na een cold open met een actiescène die voor de kijker nog nergens op slaat, komt hij voor het eerst in beeld. Of liever gezegd, zijn handen komen in beeld. Hij is namelijk aan het wassen voor een ingreep. Een OK-assistent helpt hem in zijn jas en daarna maakt hij zichzelf onmiddellijk onsteriel door een mondmasker op te zetten. Gelukkig wordt de kijker afgeleid van deze actie door het gezicht waar het masker op gaat, want dat is dat van Benedict Cumberbatch.

Excuses. Even afgeleid. \*schraapt keel\*. Tijdens de ingreep die volgt vindt dr. Strange het blijkbaar nodig om zijn encyclopedische kennis van muziek op te dringen aan het hele OK-team: al opererend moet hij raden welk nummer de KNF-medewerker draait, wie de artiest was en wanneer het werd uitgebracht.



Hij weet het duidelijk beter. Dat hij tijdens die ingreep zijn instrumentarium vasthoudt zoals Donald Trump een glas water drinkt, met twee handen, maakt blijkbaar niet uit. Dan wordt hij weggeroepen door traumachirurg (of volgens dr. Strange: slager) Christine Palmer (Rachel McAdams) om een patiënt met een schotwond te opereren. In de scènes die volgt trekt hij freehand een kogel uit een brein onder doorlichting, vernedert hij met

zichtbaar plezier een collega en flirt hij met dr. Palmer. Hij rijdt weg uit het ziekenhuis (voor dit publiek: in een Lamborghini Huracán) en crasht zijn auto in een ravijn. Door het ongeluk verliest hij het gebruik van zijn handen. Wat doet een mens dan? Huisartsgeneeskunde? Consultancy? Nope. Dr. Strange wordt magiër.

Wat volgt is een onderhoudende film, mede door voornoemde Benedict Cumberbatch, maar ook door Chiwetel Ejiofor (Twelve Years A Slave), Tilda Swinton (I Am Love) en een hele hoop special effects. Medisch gezien klopt er natuurlijk niks van, wat halverwege nog bevestigd wordt als er een flatline wordt geklapt, een klassieke medische filmfout. Maar dat mag de pret niet drukken. Dr. Strange blijkt net zo goed in magie als neurochirurgie, want magie blijkt, net als neurochirurgie, vooral een kwestie van studie en oefening. Je kunt immers een aap leren opereren. Zoals de neurochirurg in de sketch uit de eerste paragraaf ook te horen krijgt als hij toevallig een raketgeleerde op het feestje ontmoet: 'Brain Surgery... hm... It's not exactly rocket science'. ■

## Personalia



Dr. K.M. Govaert is per 8 maart 2021 werkzaam als chef de clinique in het Amphia Ziekenhuis te Breda.



Vanaf 1 juli 2021 is Thomas Schok werkzaam als fellow in het Antoni van Leeuwenhoek, Amsterdam.



Pieter van Hagen werkt per 1 juni 2021 bij de Proctoskliniek, Bilthoven.



Thony Ruys werkt per 15 juni 2021 bij de Proctoskliniek, Bilthoven.

## Colofon

### Nederlands Tijdschrift voor Heelkunde

#### Hoofredactie

dr. J.F.M. Lange jr., UMCG, Groningen (voorzitter)  
 dr. H.M. Kroon, Adelaide, Australië  
 dr. A.K. Talsma, Deventer Ziekenhuis, Deventer  
 dr. S. Woltz, Spaarne Gasthuis, Haarlem  
 C.B.H. Molenaar, Proctoskliniek, Bilthoven  
 dr. F.F.A. Ijpma, UMCG, Groningen  
 dr. B.M.E. Mees, MUMC, Maastricht  
 dr. Ç. Ünlü, Noordwest Ziekenhuisgroep, Alkmaar  
 K. Ruitenbeek, UMCG, Groningen  
 J.W.A.M. Bosmans, MUMC, Maastricht (VAGH)

#### Adjunct-hoofredactie/eindredactie

V.R. Kammeijer

#### Cartoonisten

H. Oei, Delft  
 M. Voûte, Sydney, Australië

#### Redactieraad

dr. J.G. van Baal, ZGT, Almelo  
 dr. M. van den Berg, Scheperziekenhuis, Emmen  
 prof. dr. N.D. Bouvy, MUMC, Maastricht  
 dr. J.G.H. van den Brand, Noordwest Ziekenhuisgroep, Alkmaar  
 prof. dr. E.C.J. Consten, Meander MC, Amersfoort  
 dr. P. van Duijvendijk, Gelre Ziekenhuis, Apeldoorn  
 dr. J.P. Eerenberg, Tergooi, Hilversum  
 prof. dr. M. van der Elst, Reinier de Graag, Delft  
 dr. A.B. Francken, Isala Klinieken, Zwolle  
 dr. A.A.W. van Geloven, Tergooi, Hilversum  
 prof. dr. J.C. Goslings, OLVG, Amsterdam  
 dr. E. van der Harst, Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam  
 dr. L.W.E. van Heurn, Amsterdam UMC, Amsterdam  
 dr. B. van den Heuvel, Radboud UMC, Nijmegen  
 dr. M.M. Idu, Amsterdam UMC, Amsterdam  
 prof. dr. J.M. Klaase, UMCG, Groningen  
 prof. dr. J.H.G. Klinkenbijl, Gelre Ziekenhuizen, Apeldoorn

dr. S. Kruijff, UMCG, Groningen  
 prof. dr. J.F. Lange, Radboud UMC, Rotterdam  
 dr. B. Langenhoff, ETZ, Tilburg  
 dr. E.J.T. Luiten, Amphia Ziekenhuis, Breda  
 dr. R. Meerwaldt, Medisch Spectrum Twente, Enschede  
 dr. E. J.M. Nieveen van Dijkum, Amsterdam UMC, Amsterdam  
 prof. dr. D.L. van der Peet, Amsterdam UMC, Amsterdam  
 dr. P.W. Plaisier, Albert Schweitzer Ziekenhuis, Dordrecht  
 R.R. Postema, Spijkenisse MC, Spijkenisse  
 prof. dr. V.A. de Ridder, UMC Utrecht  
 dr. W.H. Schreurs, Noordwest Ziekenhuisgroep, Alkmaar  
 dr. M.P. Simons, OLVG, Amsterdam  
 dr. H.B.A.C. Stockmann, Spaarne Gasthuis, Haarlem  
 prof. dr. J.A.W. Tejjink, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven  
 dr. G.W.M. Tetteroo, Capelle a/d IJssel  
 dr. R. den Toom, Spijkenisse MC, Spijkenisse  
 dr. H.A.J. Tytgat, UMC Utrecht  
 prof. dr. M.R. Vriens, UMC Utrecht  
 prof. dr. M.H.W.A. Wijnen, Prinses Maxima Centrum, Utrecht

#### Researchraad

G. Abis, Amsterdam UMC, Amsterdam  
 E.K. van den Akker, Maasstad Ziekenhuis, Rotterdam  
 M.R.F. Bosscher, Medisch Spectrum Twente, Enschede  
 M.A.M. Buijs, Amphia Ziekenhuis, Breda  
 D. Henneman, Alrijne Ziekenhuis, Leiderdorp  
 B. De Goede, Erasmus MC, Rotterdam  
 E.A. Gorter, HagaZiekenhuis, Den Haag  
 dr. J.E.K.R. Hentzen, Isala Klinieken, Zwolle  
 P.C. Johannesma, Gelre Ziekenhuis, Apeldoorn  
 P.D. van Hove, Erasmus MC, Rotterdam  
 C. de Jonge, Zuyderland Ziekenhuis, Sittard-Geleen & Heerlen  
 A. Kraima, Amsterdam UMC, Amsterdam  
 M.E.B. Kremer, MUMC+, Maastricht  
 M. Martens, Zuyderland Ziekenhuis, Sittard-Geleen & Heerlen  
 dr. I.C.J.H. Post, Albert Schweitzer Ziekenhuis, Dordrecht

E.I. Reinders Folmer, ETZ, Tilburg  
 J.K. Smit, ZGT, Almelo  
 H. Swank, Amsterdam UMC, Amsterdam  
 G.H.E.J. Vijgen, Zuyderland Medisch Centrum, Sittard-Geleen & Heerlen  
 G. Vugts, Catharina Ziekenhuis, Eindhoven  
 W. van de Water, HagaZiekenhuis, Den Haag  
 K.P. Wevers, Medisch Centrum Leeuwarden

#### Redactiesecretariaat

Redactie Nederlands Tijdschrift voor Heelkunde  
 Postbus 20061  
 3502 LB Utrecht  
 Tel. 085 04 81 460  
 redactie@heelkunde.nl

#### Aanlevering kopij

Het volgende NTVH verschijnt eind september. Deadline kopij is 27 augustus 2021.

#### Uitgever

KAMMEIJER | uitgeverij, Hattem  
 038-7078120 of info@kammeijer.com  
 www.kammeijer.com

#### Coverfotografie

Harold Koopmans & Carmen Martino

#### Opmaak

Coco Bookmedia

Druk  
 Wilco BV

Advertentie-exploitatie  
 Cross Media Nederland  
 010-7421942 of  
 zorg@crossmedianederland.com

# Aan vakantie toe

Johan Lange jr., voorzitter hoofdredactie

“Meneer en mevrouw Muyzenkötl, gaat u zitten. Waarom ik bij u een CT heb laten maken?” Dr. Korte laadt de beelden op zijn computer.

“We waren verrast, dokter; nu al twee weken thuis, het gaat prima en ik dacht: galblaas eruit, geen stenen meer, hoofdstuk afgesloten. Maar niet dus?” antwoordt meneer.

Dr. Korte tuurt naar het scherm: “Hmm..., écht geen galblaas meer in situ. Verder g.b., merkwaardig.”

“Dat verbaast u toch niet, u heeft zelf de galblaas verwijderd, dokter...?” mevrouw Muyzenkötl trekt een ironische grimas. “Heeft u klachten wellicht? Zijn de wondjes opengesprongen?” negeert dr. Korte mevrouw.

“Ik ben hartstikke tevreden! Ik heb u ook een fles wijn laten bezorgen!” lacht meneer vriendelijk.

Dr. Korte, als door een wesp gestoken: Wijn? Dat zijn úw woorden.”

Onder het bureau vandaan haalt hij een halfvolle fles rode wijn.

“Casa Agostinha 2018,” lispelt de chirurg hoofdschuddend, “Portugal”.

“Komt u uit Portugal? Is Muyzenkötl een Portugese naam? Want dan zou ik deze geste als kwinkslag nog begrijpen... waarom zou je anders deze geitenpies kopen? Ik heb nachten niet kunnen slapen. Ik dacht “meneer Muyzenkötl is boos op mij.” Ik ging aan mijzelf twijfelen: heb ik die galblaas er überhaupt wel uitgehaald? Ik heb u door wel héél kleine sneetjes geopereerd, dus een vergissinkje is snel gemaakt. Vandaar de CT. Maar nu hoor ik ook nog dat alles goed gaat!”

“Ik vrees dat ik u niet begrijp, dokter...”

“Heeft u dit zelf al geproefd? Ik wel namelijk, Ik zou er nog geen hondenvlees in willen stoven.

Zeven-fucking-euro-negenennegentig...”

“In de winkel zeiden ze dat het een goeie was,” aldus mevrouw.

Dr. Korte pakt een plastic bekertje uit de kast, schenkt wat wijn erin en geeft hij het haar.

Zij: “Het is nog ochtend, ik geloof niet dat ik echt zin...”

“Drink!” beveelt de chirurg haar. “Ik heb het ook moeten drinken. Mijn vrouw, wier mond mijn kinderen iedere avond kust, heeft er zelfs een slok van genomen, verdomme!” Hij richt zich weer tot meneer, die volledig verkrampd voor zich uit staart.



“Helaas moeten we constateren dat er een ernstige disbalans in onze arts-patiënt-relatie is ontstaan. Een relatie is geven en nemen. U zult hebben gedacht “de dokter vindt dit wijntje van de Lull&Lull vast heel lekker”, maar denken zonder kennis van zaken is gevaarlijk, meneer. Stelt u zich eens voor dat ik op de bonnefooi aan uw operatie was begonnen was en dacht: meneer Muyzenkötl zal het vast leuk vinden als ik deze dikke galbuis eens doorknip... nee, gelukkig heb ik mij voorbereid. Vijftien jaar studie, gepromoveerd, et cetera, al met al langer dan dat dit bocht heeft staan rijpen.”

Ondertussen nipt mevrouw voorzichtig aan haar bekertje.

Ze huilt zacht.

“Afijn, geen man over boord. We kunnen deze complicatie nog rechtzetten.”

Dr. Korte kijkt weer naar zijn scherm. “Volgende week dinsdag heb ik nog een gaatje in mijn OK-programma: tussen de “lelijke kindertekening” en de “te droge appeltaart” door. Geen zorgen, we zijn geen psychopaten hier, dus ik verwijder bij u een orgaan dat u prima kunt missen. Primo non nocere, hè? Ik heb maar een uurtje, dus een nier of een lobectomie gaat niet lukken, maar u mag kiezen tussen de voorhuid of de blindedarm. Geef maar door aan de administratie. Hier vast de twee operatiefolders en een kaartje van Vintotheek Eugène. En een raadseltje voor de terugreis: het is wit en komt uit de Bourgogne... Tot volgende week!”

Nadat dr. Korte het echtpaar uit de spreekkamer heeft gewerkt, grijpt hij de fles wijn en drinkt deze met een vies gezicht in één teug leeg. “Jakkas, wijn zonder diepgang is als een column zonder boodschap.” ■

Disclaimer: bovenstaande scène is niet gebaseerd op een waargebeurd verhaal. De naam Korte is fictief. Bernd Muyzenkötl daarentegen bestaat wel degelijk, woont in de Chrysantenstraat te Brielle en is inmiddels goed hersteld van zijn electieve lap-app.

**Referenties:** 1. Robert C, Karaszewska B, Schachter J et al. Improved overall survival in melanoma with combined dabrafenib and trametinib. *N Engl J Med.* 2015;372:30-9. 2. Hofner B, Benichou K. Trametinib: A Targeted Therapy in Metastatic Melanoma. *J Adv Pract Oncol.* 2018; 9:741-745.

**Verkorte Productinformatie voor de combinatie van Tafinlar® 50 mg en 75 mg harde capsules en Mekinist® 0,5 mg en 2 mg filmomhulde tabletten. Samenstelling** Tafinlar: Elke harde capsule bevat dabrafenibmesilaat gelijk aan 50 of 75 mg dabrafenib. Mekinist: Elke filmomhulde tablet bevat trametinib-dimethylsulfoxide gelijk aan 0,5 of 2 mg trametinib.

**Indicaties** Behandeling van volwassen patiënten met een inoperabel of gemetastaseerd melanoom met een BRAF V600-mutatie voor monotherapie met dabrafenib of monotherapie met trametinib zie de volledige SmPC. Adjuvante behandeling van volwassen patiënten met melanoom in stadium III met een BRAF V600-mutatie, na complete resectie. Behandeling van volwassen patiënten met gevorderde niet-kinasegevoelige longkanker met een BRAF V600-mutatie. **Farmacotherapeutische groep** Antineoplastische middelen, proteïnekinaseremmer. **Contra-indicaties** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of een van de hulpstoffen. **Waarschuwingen** Vanwege een lage werkzaamheid van de combinatiebehandeling bij patiënten met melanoom die een progressie vertonen op een voorafgaande BRAF-remmer moet vóór de start van deze combinatiebehandeling andere behandelingsopties worden overwogen. Ernstige niet-infectieuze koortsaanvallen zijn gemeld met ernstige rug, dehydratie, hypotensie en/of acute prerenale nierinsufficiëntie bij patiënten met een normale nierfunctie bij aanvang van de behandeling. De incidentie en de ernst van koorts zijn verhoogd bij de combinatiebehandeling. De behandeling moet worden onderbroken als de temperatuur van de patiënt 38,5°C of hoger is. Patiënten moeten worden gecontroleerd op klachten en verschijnselen van infectie. Nieuwe maligniteiten, cutane en niet-cutane, kunnen voorkomen. Vanwege het risico op het ontstaan van plaveiselcelcarcinoom van de huid en nieuwe primaire melanomen wordt voorafgaand aan de behandeling, tijdens en tot 6 maanden na de behandeling huidonderzoek aanbevolen. Voorafgaand aan de start van de behandeling moeten patiënten een onderzoek van het hoofd en de hals/nek ondergaan samen met een computertomografische (CT) scan van de borst en buik. Gedurende de behandeling moeten patiënten waar klinisch nodig worden gecontroleerd. Als patiënten eerder kanker hebben gehad of op dit moment kanker hebben die samenhangt met RAS-mutaties, dan moeten voorafgaand aan het gebruik van dabrafenib de voordelen en risico's zorgvuldig overwogen worden. Hemorragie, inclusief grote bloedingen en fatale bloedingen, is gemeld bij de combinatiebehandeling. Er zijn af en toe meldingen van acute, ernstige linkerventrikel-dysfunctie als gevolg van myocarditis geweest. Volledig herstel werd waargenomen na het stoppen van de behandeling. Nierfalen en granulomateuze nefritis zijn gemeld. Tijdens de behandeling moeten patiënten routinematig worden gecontroleerd op serumcreatinine. Wanneer het creatinine omhoog gaat, is het misschien nodig om de behandeling te onderbreken. Vanwege het risico op leverbijwerkingen bij de combinatiebehandeling wordt aanbevolen de leverfunctie om de vier weken gedurende 6 maanden na het begin van de behandeling met trametinib, en daarna indien klinisch geïndiceerd te controleren. Oogheelkundige reacties, waaronder uveïtis, iridocyclitis en/of iritis, zijn gemeld in klinische onderzoeken. Patiënten moeten tijdens de behandeling routinematig gecontroleerd worden op klachten en symptomen met betrekking tot hun gezichtsvermogen (zoals verandering in het gezichtsvermogen, fotofobie en oogpijn). Als de uveïtis niet reageert op lokale oogbehandeling, moet de behandeling met dabrafenib gestaakt worden totdat de oogontsteking is verdwenen. Pancreatitis is waargenomen; overklaarbare abdominale pijn moet onmiddellijk onderzocht worden, met meting van de serumamylase en -lipase. Patiënten moeten nauwkeurig worden gecontroleerd wanneer dabrafenib weer wordt gestart na een aanval van pancreatitis. Bij klachten van longembolie of diepe veneuze trombose, zoals kortademigheid, pijn op de borst, zwelling van armen of benen, moeten patiënten meteen medische hulp zoeken. Patiënten moeten worden geïnformeerd over de tekenen en symptomen van ernstige huidreacties voordat de behandeling wordt gestart en moeten nauwlettend worden gemonitord op huidreacties. Bij tekenen en symptomen van ernstige huidreacties moet de behandeling worden gestaakt. Bij levensbedreigende longembolie moet de behandeling met dabrafenib en trametinib permanent worden stopgezet. Behandeling dient met voorzichtigheid te worden toegepast bij patiënten met risicofactoren voor gastro-intestinale perforatie, zoals een voorgeschiedenis van diverticulitis, metastasen naar het maag-darmkanaal en gelijktijdig gebruik van geneesmiddelen met een erkend risico op gastro-intestinale perforatie. Gevallen van sarcoïdose, voornamelijk met betrekking tot de huid, longen, ogen en lymfeklieren, zijn gemeld. Als sarcoïdose is vastgesteld, moet een relevante behandeling worden overwogen. Het is belangrijk dat sarcoïdose niet verkeerd wordt geïnterpreteerd als ziekteprogressie. Dabrafenib is een substraat voor de metaboliserende enzymen CYP2C8 en CYP3A4. Sterke inductoren van deze enzymen moeten indien mogelijk vermeden worden tijdens de behandeling. Gelijktijdig gebruik van dabrafenib en warfarine of dabrafenib en digoxine kan resulteren in een verminderde blootstelling aan respectievelijk warfarine of digoxine. Voorzichtigheid is geboden en extra controle wordt aanbevolen wanneer dabrafenib gelijktijdig met warfarine of digoxine gebruikt wordt en na discontinuatie van dabrafenib. Dabrafenib en trametinib mogen niet worden toegediend aan zwangere vrouwen. Vrouwen die zwanger kunnen worden moeten effectieve anticonceptie gebruiken tijdens de behandeling en gedurende 16 weken na de laatste dosis. Dabrafenib kan de werkzaamheid van orale systemische hormonale anticonceptiemethoden verminderen en een andere effectieve methode van anticonceptie moet worden gebruikt. **Bijwerkingen combinatiebehandeling** Zeer vaak nasofaryngitis, afgemeten eetlust, hoofdpijn, duizeligheid, hypertensie, hemorragie, hoest, buikpijn, constipatie, diarree, nauzea, braken, droge huid, pruritus, rash, erytheem, artralgie, myalgie, pijn in ledematen, spierspasmen, vermoeidheid, koude rillingen, oedeem, perifeer oedeem, pyrexie, influenza-achtige ziekte, alanineaminotransferase verhoogd, aspartaataminotransferase verhoogd. Vaak urineweginfecties, cellulitis, folliculitis, paronychia, pustulaire rash, plaveiselcelcarcinoom van de huid, papilloom, seborrhoïsche keratose, neutropenie, anemie, trombocytopenie, leukopenie, dehydratie, hyponatriëmie, hypofosfatemie, hyperglykemie, wazig zien, visusstoornis, uveïtis, ejectionele afname, hypotensie, lymfoedeem, dyspneu, droge mond, stomatitis, acneiforme dermatitis, actinische keratosen, nachtzweeten, hyperkeratose, alopecia, palmoplantair erythrodysesthesiesyndroom, huidlaesies, hyperhidrose, panniculitis, fissuren in de huid, fotosensitiviteit, slijmvliesontsteking, gezichtsedeem, bloed alkalinefosfatase verhoogd, gammaglutamyltransferase verhoogd, bloed creatinefosfokinase verhoogd. Soms nieuw primair melanoom, acrochordon, overgevoeligheid, sarcoïdose, chorioretinopathie, retinalafslating, periorbitaal oedeem, bradycardie, pneumonitis, pancreatitis, colitis, nierfalen, nefritis. **Alteverstaats UR Verpakking en Prijs Z-index** Vergoeding Financiering verloopt via add-on. **Registratiehouder** Novartis Europharm Limited **Lokale vertegenwoordiger** Novartis Pharma B.V., Haaksbergweg 16, 1101 BX Amsterdam. **Meer informatie** De volledige productinformatie van Tafinlar en Mekinist kunt u opvragen via 088-0452555 of raadplegen via [www.novartis.nl/medicijnen](http://www.novartis.nl/medicijnen). **Datering verkorte productinformatie combinatiebehandeling** januari 2021.

NOVARTIS

Tafinlar® + Mekinist®  
(dabrafenib) (trametinib)

**Verkorte productinformatie. LIBTAYO® 350 mg concentraat voor oplossing voor infusie. ▼ Dit geneesmiddel is onderworpen aan aanvullende monitoring. Daardoor kan snel nieuwe veiligheidsinformatie worden vastgesteld. Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via de website van het Nederlands Bijwerkingen Centrum Lareb ([www.lareb.nl](http://www.lareb.nl)).**

**Samenstelling:** LIBTAYO® 350 mg concentraat voor oplossing voor infusie bevat per 1 ml concentraat 50 mg cemiplimab. Elke flacon bevat 350 mg cemiplimab in 7 ml oplossing. **Indicatie:** LIBTAYO als monotherapie is geïndiceerd voor de behandeling van volwassen patiënten met gemetastaseerd of lokaalgevoerd cutaan plaveiselcelcarcinoom (cutaan squameuzeleucarcinoom, mCSCC of laCSCC) die niet in aanmerking komen voor curatieve chirurgie of curatieve radiotherapie. **Dosering:** Therapie dient te worden gestart door en onder toezicht te staan van ervaren specialisten op het gebied van kankerbehandeling. **Dosering:** De aanbevolen dosis is 350 mg, elke 3 weken, toegediend als intraveneus infuus gedurende 30 minuten. De behandeling kan worden voortgezet tot ziekteprogressie of onacceptabele toxiciteit optreedt. Er worden geen dosisverlagingen aanbevolen. Uitstellen van de dosis of stopzetting kan nodig zijn op basis van individuele veiligheid en tolerantie. **Kinderen:** de veiligheid en werkzaamheid van LIBTAYO bij kinderen en adolescenten jonger dan 18 jaar zijn niet vastgesteld. Er zijn geen gegevens beschikbaar. **Ouderen:** er wordt geen dosisaanpassing aanbevolen voor oudere patiënten. Blootstelling aan cemiplimab is vergelijkbaar bij alle leeftijdsgroepen. **Verminderde nierfunctie:** er wordt geen dosisaanpassing voor LIBTAYO aanbevolen bij patiënten met nierfunctiestoornis. Er zijn beperkte gegevens voor LIBTAYO bij patiënten met ernstige nierfunctiestoornis, CrClr 15 tot 29 ml/min. **Verminderde leverfunctie:** er wordt geen dosisaanpassing aanbevolen bij patiënten met lichte leverfunctiestoornis. LIBTAYO is niet onderzocht bij patiënten met matige of ernstige leverfunctiestoornis. Er zijn onvoldoende gegevens bij patiënten met matige of ernstige leverfunctiestoornis voor aanbevelingen inzake dosering. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor één van de vermelde hulpstoffen. **Waarschuwingen:** **Immuunrelateerde bijwerkingen** Er zijn ernstige en fatale immuunrelateerde bijwerkingen waargenomen met cemiplimab zoals immuunrelateerde pneumonitis, immuunrelateerde colitis, immuunrelateerde hepatitis, immuunrelateerde endocrinopathieën (hypothyroïdie, hyperthyroïdie, hypofysitis, bijniersufficiëntie, diabetes mellitus type 1), immuunrelateerde huidreacties, immuunrelateerde nefritis, paraneoplastische encefalomyelitis, meningitis, myositis, myocarditis en myasthenia gravis. Volg patiënten op tekenen en symptomen van immuunrelateerde bijwerkingen. Behandeling met cemiplimab kan bij patiënten bij wie een solide orgaan is getransplanteerd het risico op afstoting van dit orgaan verhogen. Tevens kan Libtayo ernstige of levensbedreigende infusiereleerde reacties veroorzaken. **Interacties:** Er is geen onderzoek naar farmacokinetische interacties tussen geneesmiddelen uitgevoerd met cemiplimab. Het gebruik van systemische corticosteroiden of immunosuppressiva voorafgaand aan de opstart van cemiplimab, behalve fysiologische doses van systemische corticosteroiden ( $\leq 10$  mg per dag prednison of equivalent), moet vermeden worden omwille van hun mogelijke verstoring van de farmacodynamische activiteit en werkzaamheid van cemiplimab. **Zwangerschap:** Cemiplimab wordt niet aanbevolen tijdens de zwangerschap en bij vrouwen die zwanger kunnen worden en die geen effectieve anticonceptie gebruiken, tenzij het klinisch voordeel zwaarder weegt dan het mogelijke risico. Indien een vrouw ervoor kiest om te worden behandeld met cemiplimab, dient zij geïnstrueerd te worden om geen borstvoeding te geven tijdens behandeling met cemiplimab en gedurende minstens 4 maanden na de laatste dosis. **Bijwerkingen:** De meest frequent voorkomende bijwerkingen in alle graden waren infusiereleerde reacties (4,1%), hypothyroïdie (9,6%), hyperthyroïdie (2,7%), pneumonitis (5,9%), diarree (13,2%), stomatitis (2,4%), hepatitis (1,4%), uitslag (23,3%), pruritus (12,3%), artralgie (5,0%), skeletpijn (4,1%), artritis (1,4%), vermoeidheid (21,5%), alanine-aminotransferase verhoogd (5,5%), aspartaataminotransferase verhoogd (5,0%), alkalische fosfatase in het bloed verhoogd (2,7%), creatinine in het bloed verhoogd (1,8%). De meest frequent optredende graad  $\geq 3$  bijwerkingen (variërend van  $<0,1$ - $2,3\%$ ) waren diabetes mellitus type 1, bijniersufficiëntie, hypofysitis, paraneoplastische encefalomyelitis, encefalitis, meningitis, Guillain-Barré-syndroom, myocarditis, pericarditis, pneumonitis, dyspneu, diarree, hepatitis, uitslag, skeletpijnstelselpijn, artritis, myositis, vermoeidheid, alanine-aminotransferase verhoogd, aspartaataminotransferase verhoogd. Er zijn ernstige cutane bijwerkingen, waaronder Stevens-Johnson-syndroom (SJS) en toxische epidermale necrolyse (TEN) gemeld in verband met cemiplimabbehandeling. **ATC-code:** L01XC33. **Verpakking:** LIBTAYO 350 mg concentraat voor oplossing voor infusie bevat per verpakking 1 flacon (EU/1/19/1376/001). **Alteverstaats UR Verpakking en Prijs Z-index** Vergoeding Financiering verloopt via add-on. Voor prijzen zie de Z-index tax. Deze informatie is het laatst herzien in maart 2021. Voor meer informatie zie de geregistreerde productinformatie. **Houder van de vergunning voor het in de handel brengen:** Regeneron Ireland Designated Activity Company (DAC), One Warrington Place, Dublin 2, D02 HH27, Ierland. **Lokale vertegenwoordiger:** Genzyme Europe B.V., Paasheuvelweg 25, 1105 BP Amsterdam, Tel.: 020 245 4000.

**Referenties:** 1. SmPC LIBTAYO® maart 2021. 2. <https://www.geneesmiddeleninformatiebank.nl/nl/MAT-NL-2100017-1-0-01/2021>

© 2021 Genzyme Europe B.V. LLC en Regeneron Pharmaceuticals, Inc. Alle rechten voorbehouden.

SANOFI GENZYME | REGENERON

LIBTAYO®  
(cemiplimab)

#Ren tegen kanker

KWF

Waar ren jij mee?  
Ga naar [rentegenkanker.nl](http://rentegenkanker.nl)

NU OOK  
DOEL-GERICHT BIJ<sup>1,2</sup>



VOLLEDIG  
VERGOED



**SNEL EN ZEKER VERDER<sup>1,2</sup>**  
THUIS OF ONDERWEG

 **Tafinlar**<sup>®</sup> +  **Mekinist**<sup>®</sup>  
(dabrafenib) (trametinib)

De combinatie van dabrafenib en trametinib is geïndiceerd voor: de behandeling van volwassen patiënten met een inoperabel of gemetastaseerd melanoom met een BRAF V600-mutatie (voor monotherapie met dabrafenib of monotherapie met trametinib zie de volledige SmPC); de adjuvante behandeling van volwassen patiënten met melanoom in stadium III met een BRAF V600-mutatie, na complete resectie; de behandeling van volwassen patiënten met gevorderde niet-kleincellige longkanker met een BRAF V600-mutatie. Zie voor meer productinformatie en vergoedingscriteria elders in deze uitgave of [www.novartis.nl](http://www.novartis.nl)