

INTERVIEW

met prof.dr. R. van Hillegersberg,

hoogleraar Gastrointestinale Chirurgische Oncologie aan de Faculteit Geneeskunde van de Universiteit van Utrecht

Van specialiseren word je alleen maar beter. Oók de patiënt

Door: E.J. Windgassen

Voorafgaand aan zijn coschappen deed Richard van Hillegersberg onderzoek naar de ontwikkeling van *laser induced thermal therapy* voor de behandeling van kanker en in 1993 promoveerde hij cum laude op de toepassing van deze techniek bij levertumoren, maar inmiddels heeft hij de laser ingeruild voor de radiofrequente ablatie (RFA). In Nederland was hij de eerste die slokdarmkanker opereerde met een robot en sinds 1 januari 2009 is hij hoogleraar gastro-intestinale chirurgische oncologie in het UMC Utrecht en houdt hij zich vooral bezig met slokdarm- en leverchirurgie. Als het aan hem lag, werd de oncologische zorg in Nederland geconcentreerd in een aantal gespecialiseerde centra. Dat ook de chirurg zich steeds meer gaat specialiseren en dat de algemene chirurgie op den duur zal verdwijnen, vindt hij geen verarming. Specialiseren betekent immers ook dat je ergens heel goed in kunt worden. En dat is ook wat het UMCU probeert met het Cancer Center: optimale kankerzorg leveren.

Sinds 1 januari 2009 bent u hoogleraar gastro-intestinale chirurgische oncologie in het UMCU. Was dat een bestaande of is het een nieuwe leerstoel?

Het is een nieuwe leerstoel. Tot dan toe hadden we de leerstoel gastro-intestinale chirurgie en die betrof vooral benigne aandoeningen, zoals inflammatoire darmziekten en reflux. Maar we zagen steeds meer oncologische problematiek en daarom is die stoel omgebouwd tot een oncologische stoel. Bovendien is oncologie een speerpunt van het ziekenhuis.



R. VAN HILLEGERSBERG

**PATIËNTEN DIE 'S MORGENS
ZIJN BESPROKEN, ZIE JE DIRECT DAARNA
OP DE POLI**

In 2006 is het UMCU Cancer Center opgericht om de multidisciplinaire behandeling van kanker te verbeteren. Kon niet worden volstaan met het optimaliseren van de bestaande faciliteiten?

Dat vroeg ik me in eerste instantie ook af, maar je moet eerst weten wát je moet doen om de zorg te kunnen optimaliseren. Het Cancer Center speelt een belangrijke rol in de analyse van de complexe zorgketen en kan vervolgens de noodzakelijke veranderingen in een stroom-

versnelling brengen. Zo wilde ik al langer de mammacarcinomen niet meer op de multidisciplinaire oncologische bespreking brengen, maar voorafgaand aan het polispreekuur in een kleine groep bespreken. Maar het lukte me niet om dat te organiseren. Toen is het Cancer Center in alle agenda's gedoken en werd een pilot gestart. Dat werd een succes en inmiddels is het een van de beste besprekingen die we hebben. Aanvankelijk was het opgezet voor de diagnostiek, maar nu komen ook postoperatief beleid, radiotherapie en chemotherapie aan de orde. Iedereen binnen de keten is daardoor beter op elkaar ingespeeld en nu lukt het om de diagnose binnen twee dagen rond te hebben. En patiënten die 's morgens zijn besproken, zie je direct daarna op de poli.

EEN OPERATIEROBOT HEEFT VOORAL MEERWAARDE BIJ COMPLEXE KIJKOPERATIES

Waaruit bestaat het UMCU Cancer Center precies?

Het is op dit moment vooral een organisatorische eenheid van een aantal beleidsmedewerkers die voor ons dit soort strategieën uitwerken. Bovendien is er een geautomatiseerd patiëntenvolgsysteem ontwikkeld, dat alarmeert wanneer een patiënt te lang moet wachten op een bepaalde procedure. Dat lijkt misschien triviaal, maar in veel Nederlandse ziekenhuizen valt op dat punt nog iets te verbeteren. Verder zijn we bezig met het opzetten van een multidisciplinaire polikliniek. Ik doe al poli samen met de maag-darm-leverarts, maar we willen daar ook een radiotherapeut en medisch oncoloog bij betrekken. En al heel lang wilde ik een *one-stop-shop*-achtig programma voor slokdarmcarcinoom opzetten; 's morgens een CT-scan, een endoscopie, een endo-echo en een hoofd-halsonderzoek, zodat aan het eind van de dag alles in kaart is gebracht en we een behandelplan voor kunnen stellen. Door het Cancer Center hebben we dat kunnen realiseren.

Krijgen de oncologiepatiënten een eigen traject binnen het zorgproces?

Ja, zo moet je het zien. Tot voor een halfjaar zag ik op de poli slokdarm-, darm-, lever- en pancreaskanker en melanoom allemaal door elkaar op dezelfde middag. Nu is dat helemaal orgaangericht georganiseerd in plaats van doktergericht. Zo kun je paden creëren en veel efficiënter werken.

En door zoiets een naam te geven, gaat het voor iedereen meer leven?

Ja. Hoewel het allemaal aparte specialismen zijn, hebben we als Cancer Center voor de Raad van Bestuur een duidelijk gezicht en is het nu één van de vijf speerpunten van het ziekenhuis.

INTERVIEW

En dan mag het misschien ook een beetje geld kosten?

Dát is helemaal waar én op deze manier wil iedereen dezelfde kant op. Specialisten voelen zich verbonden in zo'n Cancer Center, dat ook een nieuwsbrief uitgeeft en wetenschappelijke subsidies binnenhaalt. Daarmee hebben we een aparte mammachirurg aan kunnen trekken, terwijl we voorheen allemaal een deel van de mammachirurgie deden. Door het Cancer Center komen er allerlei processen in een stroomversnelling, zonder dat er echt een gebouw staat met Cancer Center op de gevel.

Was het nodig voor het UMC om zich meer te profileren op oncologisch gebied?

Ik denk het wel. Enerzijds kon – en kan, want het is een continu proces – de zorg beter, maar aan de andere kant kwam onvoldoende naar buiten waar we allemaal toe in staat zijn. Toen ik hier kwam, deden we vijftien slokdarmkankeroperaties per jaar en nu zijn dat er vijftig. Dat komt doordat de MDL-artsen en ik veel meer voor het voetlicht brengen wat er allemaal mogelijk is en wat bij deze vorm van kanker de resultaten zijn van opereren met een robot.

**NADEEL VAN RFA IS DAT JE
GEEN MATERIAAL IN HANDEN KRIJGT OM DE RADICALITEIT VAN
DE INGREEP TE BEOORDELEN**

Is Utrecht het enige ziekenhuis waar slokdarmkanker met een operatierobot wordt geopereerd?

In Nederland wel. Sinds vorig jaar geven we cursussen voor specialisten van andere centra. Maar het belangrijkste is wel dat je de beschikking hebt over zo'n duur apparaat. Bij ons stond de eerste, maar inmiddels staat er in negen Nederlandse ziekenhuizen een operatierobot.

Wat is de meerwaarde van een operatierobot?

Een operatierobot heeft vooral meerwaarde bij complexe kijkoperaties waarbij je heel nauwkeurig moet werken om zo radicaal mogelijk te opereren en toch allerlei structuren niet mag beschadigen. Je kunt er driedimensionaal mee kijken bij een vergroting van tienmaal en met instrumenten die net als de menselijke pols kunnen draaien.

Zijn robotoperaties minder mutilerend?

Van buiten zeker, maar van binnen niet. Misschien zelfs radicaler. Om de hele slokdarm zit een lymfeklierketen die helemaal moet worden verwijderd, ongeacht waar de tumor zit, want overal kunnen uitzaaiingen ontstaan. Met minimaal-invasieve chirurgie kan dat nog beter, maar met minder uitwendig trauma en met een factor vier minder bloedverlies.

U bent gepromoveerd op de behandeling van levertumoren met lasertherapie, maar nu heeft u die techniek verlaten voor de radiofrequente ablatie. Bleek de laserbehandeling toch een doodlopende weg?

Het is niet dat de techniek faalde, hoewel laser induced thermal therapy (LITT) wat kostbaarder is en er meer veiligheidseisen worden gesteld dan bij radiofrequente ablatie, maar de fabrikant wilde niet verder investeren. En wat met laser kon, kan nu ook met RFA: verscheidene naalden inbrengen met verschillende diameters waardoor meerdere afwijkingen tegelijk kunnen worden aangeprikt. Dus verviel de noodzaak om met LITT door te gaan.

Wordt RFA ook in andere Nederlandse ziekenhuizen toegepast?

Ja, maar meestal wordt de unipolaire techniek gebruikt, waarbij de ene elektrode bestaat uit de RFA-naald, vaak ook met een soort paraplu, en de andere elektrode op de patiënt wordt

Zoekt u een publicatie (artikel, proefschriftbespreking, interview, website) die sinds 2002 in [Oncollectie] is verschenen?

Kijk dan op

www.oncollectie.nl

Dé complete site voor nieuwsfeiten over oncologie en hematologie

INTERVIEW

geplakt. Het nadeel daarvan is dat de stroom door het hele lichaam gaat en je minder nauwkeurig bent en geen grote afwijkingen kunt behandelen. Daarom gebruiken wij de bipolaire techniek waarbij de naald twee elektroden bevat. Wanneer meerdere locaties worden aanprik, gaan ze ook onderling communiceren.

Vindt de procedure percutaan of open plaats?

We doen het zowel open als percutaan. De percutane benadering door de radioloog heeft als nadeel dat je minder grote afwijkingen kunt behandelen doordat het tussen de ribben door manoeuvreren lastig is. Omdat we tegenwoordig bij veel patiënten de tumor operatief kunnen verwijderen, blijft RFA gereserveerd voor patiënten die al een keer geopereerd zijn of bij wie resectie zou resulteren in een te geringe leverfunctie. In dergelijke gevallen kan het niet percutaan omdat er vaak verklevingen zijn of omdat er darm tegenaan ligt. Of vanwege de lokalisatie.

**WE ZIJN KENNELIJK
NOG ONVOLDENDE IN STAAT OM DE SCEPSIS TEN AANZIEN VAN
CHIRURGIE WEG TE NEMEN**

Waarom is RFA geen eerstelijnsbehandeling?

Dat zou het best ooit kunnen worden, maar er is nog niet bewezen dat het net zo goed is als een resectie. Het aantal recidieven na RFA is nog altijd groter dan na resectie. Maar bij oudere patiënten die een resectie niet aankunnen, ben je eerder geneigd RFA te doen. Het verschuift langzaam. Dat heeft ook met expertise te maken. Wij hebben een aantal zeer ervaren leverchirurgen die maar heel weinig niet kunnen. Maar als je dat niet in huis hebt, ben je eerder geneigd er een naald in te prikken. Dat lijkt eenvoudiger.

Biedt RFA ook perspectief voor andere tumoren?

De techniek wordt al percutaan toegepast bij longtumoren bij patiënten met afwijkingen op meerdere plaatsen. Op die manier kun je ze een grote longoperatie besparen. Voor de mamma hebben we net aangetoond dat het werkt door na RFA een excisie te doen, zodat we konden zien wat we hadden gedaan. Een nadeel van RFA is dat je geen materiaal in handen krijgt om de radicaliteit van de ingreep te beoordelen. Dus voorlopig blijft deze techniek voorbehouden aan vrouwen bij wie je bijvoorbeeld vanwege de leeftijd – maar dat zijn er niet zoveel – liever niet opereert. Pas als de beeldvormende techniek ons in staat stelt ductaal carcinoma in situ waar te nemen, kan RFA een borstoperatie vervangen. We hebben hier in het UMCU weliswaar

een 7 tesla staan, waarmee je bijna op microscopisch niveau kunt kijken, maar daar moet je een paar uur onder liggen en dat is praktisch nog niet haalbaar. Maar dat is een kwestie van tijd.

In uw inaugurele rede zei u dat er nog steeds wordt gedacht dat naar de lever uitgezaaide darmkanker fataal is. Wordt dat ook door dokters gedacht?

Ja, verbazend genoeg wel. Het blijkt lastig ook bij gemetastaseerde ziekte uit te kunnen gaan van een behandeling die genezing kan brengen.

Wat gebeurt er dan met zo'n patiënt?

De meeste patiënten krijgen chemotherapie. Nou is chemotherapie ook wel steeds beter geworden – vroeger was de winst maximaal een jaar en nu is dat gemiddeld al twee jaar – maar je moet continu kijken of het niet mogelijk is de tumor helemaal weg te halen. Met chemotherapie lukt dat slechts in 4%. Bovendien wordt de behandeling beperkt door de toxiciteit van chemotherapie. We zijn kennelijk nog onvoldoende in staat om de scepsis ten aanzien van chirurgie weg te nemen. Het kost veel moeite algemeen geaccepteerd te krijgen dat het zinvol is continu te proberen patiënten tumorvrij te houden met opereren, chemotherapie en RFA, en daar steeds weer een stapje verder in te gaan.

Welke gastro-intestinale operaties worden op dit moment met de operatierobot verricht?

Wij doen hier slokdarmkanker en binnenkort ook pancreaskopcarcinoom. Vandaag zouden we voor de eerste keer een rectumcarcinoom opereren met de robot, maar dat kon om organisatorische redenen niet doorgaan. En we zijn ons aan het voorbereiden op schildklieroperaties via de oksel om littekens in de hals te vermijden.

**ALGEMENE CHIRURGIE ZAL
LANGZAAM VERDWIJNEN EN DE ZORG ZAL VEEL MEER
ORGAANGERICHT WORDEN GEORGANISEERD**

Uit uw inaugurele rede komt heel duidelijk naar voren dat de oncologische chirurgie steeds verfijnder en minder invasief wordt. Hoe zal die ontwikkeling verder gaan?

Ik verwacht nog wel het een en ander van de *natural orifice transluminal endoscopic surgery* (NOTES). *Scarless surgery*, die mogelijk wordt door aan de endoscoop kleine operatiearmen te bevestigen en waarmee van binnenuit darmwand- en slokdarmresecties kunnen worden verricht.

INTERVIEW

Slokdarmoperaties vinden toch al endoscopisch plaats?

Ja, maar dat betreft alleen mucosale tumoren in situ en daar zijn er maar heel weinig van doordat we geen screeningsprogramma hebben. Ik weet niet of het wat gaat worden, maar er zijn nu al technieken waarbij van binnenuit een deel van de darmwand wordt verwijderd en weer gesloten met een stent, zodat je meer orgaansparend kunt opereren. De keerzijde is dat je moet weten hoe het met de lymfeklieren is gesteld, want een grote operatie is ook bedoeld om alle lymfeklieren mee te nemen. Maar wellicht kan de nieuwe MRI daar straks uitkomst bieden. Bij de beoordeling van de schildwachtklieren bij mammacarcinoom zijn ze daarin al een heel eind.

Zou de oncologische chirurgie meer in gespecialiseerde centra moeten worden uitgevoerd?

Ik denk dat we daar zeker naar toe moeten. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) werkt aan een programma waarbij laagvolume hoogcomplexe zorg, zoals slokdarm-, lever- en pancreaschirurgie, wordt geconcentreerd in een aantal centra. Dit soort operaties moet je veel doen, en niet alleen de chirurg maar het hele team; ook de patholoog, de medisch oncoloog en de radioloog. Hier in het UMCU hebben we bijvoorbeeld een leVERRADIoloog die veel meer ziet dan een radioloog die zo nu en dan een lever beoordeelt.



GOD ZIT IN DE DETAILS



In de opleiding tot chirurg moet steeds vroeger worden gespecialiseerd. Heeft dat consequenties voor het vak?

Vroeger werd je in zes jaar opgeleid tot chirurg en daarna kon je beslissen wat je verder wilde gaan doen. Daarna moest je je het laatste jaar al gaan specialiseren en nu is dat de laatste twee jaar. De algemene chirurgie zal langzaam verdwijnen en de zorg zal veel meer orgaangericht worden georganiseerd.

Is die verregerende specialisatie geen verarming?

Toen ik hier in 2003 begon, deed ik in feite de hele oncologische chirurgie, van gastro-intestinaal tot schildklier en mamma. Ik heb me vervolgens gespecialiseerd in de slokdarm-maag- en leveroperaties, maar ik sluit niet uit dat ik me uiteindelijk beperk tot één orgaan. Daar word je alleen maar beter van en dat levert voor de patiënt echt meerwaarde op. Aan één kant is het wel jammer om bepaalde operaties niet meer te doen, maar als je de beslissing eenmaal hebt genomen, mis je het niet eens. En het stelt je in staat om ergens beter in te worden en de ser-

vice om een operatie heen te verbeteren. Specialiseren hoeft niet saai te zijn. Ook de intensievere samenwerking met andere specialisten werkt heel stimulerend.

Wat betekent de oncologische chirurgie voor u?

Oncologische chirurgie is boeiend omdat het heel multidisciplinair is. En het betreft vaak complexe ingrepen die technisch heel uitdagend zijn, mede door ze via een kijkoperatie uit te voeren. Maar ik heb ook gemerkt dat je heel veel voor mensen kunt betekenen. Mensen overkomt iets en je kunt helpen, begeleiden en zelfs levensreddende handelingen verrichten. Eigenlijk is de hele chirurgie voor mij interessant omdat direct resultaat zien van je werk mooi is. De keerzijde is natuurlijk dat als het niet gaat zoals je wilt, je je ook daar verantwoordelijk voor voelt. Dan draai ik de film van de operatie in mijn hoofd af om erachter te komen hoe het anders had gemoeten of gekund. Het zijn vaak de details die de uitkomst bepalen. Daarom ook zei ik in mijn inaugurele rede: 'God zit in de details.'