

De Ganzenvlucht

Rede uitgesproken door

Prof. Dr. R.A.E. Dion

bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar
op het gebied van de thoraxchirurgie
aan de Universiteit Leiden
op vrijdag 9 maart 2001.

Mijnheer de Rector Magnificus, dames en heren bestuurders van de Universiteit en het Leids Universitair Medisch Centrum, geachte collega's, dames en heren studenten, zeer gewaardeerde toehoorders uit het binnen- maar ook uit het buitenland, chers amis du Sud.

Voor de volgende 45 minuten heet ik U van harte welkom in de ganzenvluchten van mijn dromen.

De ganzenvlucht is een uiting van de moderne, horizontale hiërarchie. In tegenstelling tot het spreekwoord, is de gans helemaal geen dom, maar ook geen gemakkelijk dier. Zij hanteert een sterk sociaal patroon en zorgt voor een strakke opleiding van de jongeren. De wilde gans heeft een magische kant: een trekvogel die in een elegante formatie vliegt, de beroemde "V" of "J". Wat zijn er de voordelen van? Een gunstig aerodynamisch effect? Hoogst waarschijnlijk. Een ideale opwaartse druk zou echter een gelijktijdige vleugelbeweging eisen, wat niet het geval is... Een andere theorie neigt meer naar het onderwijs: de jonge ganzen kunnen zo de migratie-route verkennen zonder de andere companen uit het gezicht te verliezen. Christian MOULLEC, een Franse onderzoeker, heeft een groep van 18 wilde ganzen opgevoed en later gedurende hun migratie met zijn ultralichte vliegtuig begeleid. Hij heeft kunnen waarnemen dat de leider het blijkbaar moeilijker heeft dan de achtervolgers: hij lijdt duidelijk en na een tijd verliest hij wat speeksel langs zijn snavel. Hij zorgt voor de richting, de hoogte en de snelheid van de hele vlucht. Als hij sneller gaat, wordt de "V" nauwer, als hij ontspant, komen de andere ganzen op een lijn bijna naast hem. Uitsluitend de sterksten van de ganzen lossen elkaar aan het punt van de "V" of "J" af, en de duur van de aflossing hangt af van de sterkte en van de ervaring van het dier. Na de aflossing rust de ex-leider helemaal achter in de vlucht. Het schijnt dat elke estafette deelnemer een speciale deskundigheid vertoont voor bepaalde streken of weersomstandigheden. Maar alleen de echte leider beslist over opstijgen en landen.

Soms proberen een paar wilde jongeren om de leiding over te nemen door plotseling heel snel iedereen voorbij te vliegen en/of van richting te veranderen. Ze zijn het gewoon volgen beu. De ervaren ganzen stellen echter snel orde op zaken, maar zelden ten koste van die tumultueuze jeugd. Alles wel beschouwd zullen onder die ongehoorzame jonge ganzen waarschijnlijk de toekomstige leiders geworven worden.

Iedereen houdt elkaar in de gaten, spreekt met elkaar, moedigt elkaar aan. Er is meer plaats voor scherpste en troost dan voor meelijden: elke vlucht is een topreferentie team. Van iedereen, ook van de jongeren, wordt verwacht dat hij/zij in een bepaald aanvullend - wetenschappelijk en/of klinisch- gebied een bijzondere deskundigheid ontwikkelt dat van hem/haar de leider van het team daarin zal kunnen maken. Uiteraard moet de teamleiding de versnippering en het uiteendrijven van de activiteiten voorkomen door de hoofdlijnen duidelijk door te trekken.

Zeer gewaardeerde toehoorders, die hoofdlijnen heb ik pas willen schetsen na het nauwgezet inventariseren van de bijzondere troeven van het LUMC.

In haar oratie, precies 10 jaar geleden, vertelt de Hooggeleerde Dr. Adriana Gittenberger – de Groot: “In de vijftiger jaren werd door de anatoom Dankmeijer, in samenwerking met de cardioloog Snellen, de thoraxchirurg Brom en de kindercardiologe Bruins, een voor die tijd zeer geavanceerd en relevant onderzoek gestart naar aangeboren hartafwijkingen. Het doel was na te gaan in hoeverre de aarzelend beginnende operaties van deze afwijkingen zo goed mogelijk uitgevoerd zouden kunnen worden”. Wat een prachtige ganzenvlucht was dat! Deskundigheid, complementariteit en een doel! Het resultaat is bekend: de ganzen zijn verjongd maar vliegen nog steeds samen voor het grootste profijt van meer dan 350 patiëntjes per jaar. Een jaarlijkse overall operatieve mortaliteitspercentage van 2,6% getuigt van de blakende gezondheid van deze vlucht. De oorspronkelijke “J” wil zelfs een stevige “V” worden met het bundelen van andere vriendelijke vluchten uit Amsterdam en hopelijk uit Utrecht: de taak is niet vanzelfsprekend, het eist een mentaliteitsaanpassing, het verdringen van verdedigingsreflexen, het herkennen van complementaire deskundigheden en identiteiten. Het doel is bijna te mooi om waar te zijn. Meer dan 500 patiëntjes serener te helpen door het meer flexibel en dus meer optimaal benutten van de verschillende infrastructures in deze dagen van besparingen en tekorten aan personeel en intensieve care bedden. Een onwaarschijnlijke doping van de opleiding, van het onderwijs en van het wetenschappelijke en klinische onderzoek. Ik ben zo tevreden te weten dat de nieuwe voorzitter van CAHAL, de Hooggeleerde R. Holl een vastberaden voorstander is van het Leiden-Amsterdam verband met de noodzakelijke invulling van alle wederzijdse beloften.

De tweede ontwikkelingspool vloeit ook voort uit de inventarisatie van de in het LUMC bestaande bijzondere troeven. De multidisciplinaire en toekomstgerichte benadering van HARTFALEN.

De incidentie van deze kwaal neemt alleen maar toe. De westerse mensen leven langer, er zijn ook de idiopathische en de ischemische cardiomyopathiën. Men sterft niet meer zo gemakkelijk van een myocardinfarkt! De eerste palliatieve correcties van complexe congenitale afwijkingen dateren van 40 jaar geleden en komen nu niet zelden terug met hartfalen. Sinds het einde van de jaren '80 is de medische behandeling van hartfalen eindelijk efficiënter geworden dankzij de introductie van de “ACE-inhibitoren”, van de “beta-blokkers”, van de spironolactonen en zelfs de voorzichtig reintroductie van digitaliden. Toch, volgens L. STEVENSON, betekent het persisteren van een linkerkamer eind-diastolische diameter van ≥ 80 mm, van een $\dot{V}O_2$ max van ≤ 14 ml of van een serum natrium gehalte van < 132 meq/l een overlijdensrisico van 50% binnen de volgende 2 jaren, zelfs wanneer een optimale medische behandeling de klinische symptomen lijkt te stabiliseren. Fatale ritmestoornissen zijn geen uitzondering. Hiervoor heeft de electrofysiologie de implanteerbare defibrillators. Ongeveer 30% van terminaal falende harten hebben last van ventriculaire dyssynchronisme: dit kan in geselecteerde gevallen door het aanbrengen van een biventriculair pace-maker

verholpen worden. Door de extreme uitzetting, neemt de linkerkamer wandspanning steeds toe, wordt het ventrikel sferoïdaal in plaats van ellipsoïdaal, groeit de afstand tussen papillaire spieren en het mitralis annulus welke ook dilateert. Daar kan de chirurgie nog vóór de transplantatie van pas komen: revascularisatie van vitale myocardgebieden, reparatie van de mitralisklep door middel van restrictieve annuloplastiek en/of andere toe te passen technieken. Het remodeleren van de linkerkamer: het uitsnijden of het uitsluiten van litteken- of van dunne of onvoldoende meecontraheerende gebieden om een optimalere dimensie en vorm te herstellen. De eventuele intra-operatieve aanpak van atriale fibrillatie.

Als deze mogelijkheden dan nog tekortschieten komen de mechanische ondersteuning en de harttransplantatie aan de beurt.

Harttransplantatie is uiteraard de radicale oplossing van terminaal hartfalen. Het paren van de donor en van de recipiënt wordt steeds adequater, dankzij een voortschrijdend inzicht van de immunologie en het uitstekende functioneren van Eurotransplant. De chirurgische techniek is eenvoudig en ook beter geworden door het aanwenden van de bicavale annastomose met als grote voordelen het directe behouden van sinus ritme en de uitschakeling van de zieke en uitgezette recipiëntsvorkamers. Het percentage ziekenhuissterfte zou de 10% niet ver mogen overschrijden. De toepassing van cyclosporine heeft de afstotingsreactie beter getemd. De secundaire effecten van de anti-afstoting therapie worden met de tijd milder en veel onderzoeken worden daaraan besteed. Men rekent nu op een overlevingspercentage van 60% na tien jaar, gepaard gaande met een behoorlijke levenskwaliteit.

Van buitenaf gezien is de toestand van harttransplantatie in Nederland tamelijk bizar! Wil men de Europese standaarden hanteren, moet men in dit land circa 110 harttransplantaties per jaar verrichten. In het jaar 2000 werden maar 35 patiënten in 2 hartcentra getransplanteerd. Wat horen wij? “De donorwet is te restrictief”. Jazeker, maar zelfs het schriële aantal donoren wordt niet helemaal benut! Waardoor de gemeenschap zelfs niet toekomt aan het ter discussie stellen van de wet op de orgaandonatie.

De donors- en recipiënts criteria waarmee de huidige transplantatiecentra omgaan zijn ook – vergeleken met die van de omringende landen – merkwaardig restrictief. Leeftijd, inotropica en enkele andere “comorbid disorders” schrikken ons af meer dan in onze omringende landen. Bovendien komt een orgaanaanbieding zelden goed gelegen voor het transplantatiecentrum! De IC is vol, er komt een ander spoedgeval, de operatiekamers zijn niet vrij, of er zijn niet genoeg chirurgen, anesthesisten, perfusionisten of OK verpleegkundigen, ‘s avonds, ‘s nachts, feestdagen, vakantie enzovoort.... Uiteraard moeten 2 teams chirurgen (en anesthesisten) gemobiliseerd worden. Één voor de explantatie en één voor de transplantatie, met de nodige gevolgen voor het operatieprogramma van de volgende dag. Meer dan 25 harttransplantaties per jaar per centrum is al zwaar, dat heb ik ook in de Cliniques Universitaires Saint-Luc te Brussel kunnen ervaren, waar wij in 15 jaar meer dan 300 harttransplantaties hebben verricht.

Dames en heren, en collega's uit Utrecht en Rotterdam, is het dan niet duidelijk dat Leiden heel welkom zou moeten zijn als aanvullend transplantatiecentrum, dat we samen de criteria en indicaties moeten aanpassen en met één gezamenlijke wachtlijst meer gewicht in de schaal kunnen leggen bij Eurotransplant? Is zelfs een Benelux ganzenvlucht ondenkbaar?

Zijn jullie verhinderd in Utrecht of Rotterdam, dan zijn we best bereid om het hart voor jullie tot diep in Duitsland te gaan oogsten, à charge de revanche! Daarnaast zullen wij al de spoeddonaties van overal kunnen benutten, en de zeldzame kinderhartdonaties nergens meer hoeven te missen.

Maar tegelijkertijd is harttransplantatie geen panacee en wel een irreversibele stap een andere wereld binnen, een wereld zonder eigen hart.

Het is nu tijd over te gaan op de mechanische ondersteuning en de zo benoemde "kunstharten".

Mechanische ondersteuning van het hart is een breed concept. Het strekt zich uit van een louter extra-anatomische assistentie zoals de intra-aorta contra-pulsatie, via de functieovername van één van of beiden ventrikels, tot de vervanging van het hele hart. Verschillende parameters zullen de beslissing beïnvloeden. De mening, het karakter en de mentale weerstand van de patiënt, van zijn omgeving. Spoed of electieve indicatie? Brug naar herstel of transplantatie? Van korte of lange duur? De prijs.

Extremes spoed en/of verwachte korte duur zullen eerder leiden tot een beslissing tot paracorporele assistenties van één van of beiden ventrikels (MEDOS, BERLINER HART, ABIOMED, THORATEC). Electieve indicaties en een verwachte lange duur assistentie zullen eerder naar meer inwendig implanteerbare toestellen verwijzen (NOVACOR, elektrisch HEARTMATE). Deze zullen in principe de patiënt de mogelijkheid bieden zijn verdere revalidatie thuis voort te zetten in afwachting van de transplantatie of van het herstel van de hartfunctie, met de gunstige consequenties voor de patiënt en voor het budget van de gezondheidszorg. NOVACOR en HEARTMATE echter nemen alleen de pulsatiefunctie van de linkerkamer over, wat voor de meeste gevallen van terminaal hartfalen voldoende is: door het ontlasten van de linkerkamer, recupereert de rechterkamer meestal snel en genoeg om voor een acceptabele bloedstroom naar links te zorgen. Bovendien wordt de neuro-endocriene regulatie van het hart via de rechterkant gehandhaafd. In de enkele gevallen waarin de rechterkamer een irreversibele schade vertoont, zal men ofwel een biventriculaire assistentie installeren als het geen intracardiale shunt bestaat, of wel moeten overgaan naar een totaal kunsthart (CARDIO-WEST, ABIOMED...). Maar hier moet ook de neuro-endocriene regulatie van het hart overgenomen worden en bovendien is ook dit een irreversibele stap een wereld binnen zonder eigen hart.

De implanteerbare en draagbare linkerkamer assistenties (NOVACOR, elektrisch HEARTMATE) zijn nog omvangrijk (1 kg), luid, en vereisen nog een verbinding naar buiten het lichaam ten behoeve van de energietoediening en de afstelling.

Maar er wordt aan gewerkt: ze zullen kleiner, stiller en totaal implanteerbaar worden.

NOVACOR II en HEARTSAVER zullen nog maar 400 gr wegen...Andere groepen bestuderen de “axiale” of turbine pompen: kleiner, geruisloos maar nog niet echt pulsatiel, hetgeen een nadeel blijkt voor de doorbloeding van de microcirculatie.

Bovendien ontwikkelt soms de turbine nog teveel warmte.

Maar ze komen vroeger dan we denken die definitief totaal implanteerbare kunsthartjes, die de harttransplantatie zullen verdrijven van vele indicatiegebieden! Gelukkig, want de discrepantie tussen de aantallen donoren en de recipiënten zal alleen maar groeien, en, sinds de piek van 1991, is het aantal donoren bovendien wereldwijd fors gedaald... En harttransplantatie verdient de omgekeerde parafraze van een citaat van Winston Churchill over de slag om Engeland: “Nooit hebben zoveel mensen moeten meewerken aan de redding van zo weinig mensen!”

En xenotransplantatie zal de spurt zeker verliezen van de kunsthartten!

Maar ik nodig jullie uit, zeer gewaardeerde toehoorders, om met mij te dromen van een niet zo verre toekomst: het vermogen om een machine te gaan implanteren om tijd te gunnen aan een interventioneel herstel van de hartspier! En hier komen de bijzondere Leidse troeven zeer van pas! Welkom in onze ganzenvlucht, jullie, de internationaal zo befaamde Leidse “basiswetenschappen” en specialisten in angioneogenese, genterapiën, groeihormonen, immunologie, cel en spierfysiologie, anatomie en embryologie...! Hier is een zieke en zwakke hartspier: neem de tijd, probeer van alles, laat maar het ziekteproces omkeren, stimuleer het epicard, genereer en/of ont nieuwe hartspiercellen!... Ambulante zorg is ook mogelijk want ons pompje is volledig geïmplanteerd. Pas wanneer het hart zijn beterschap heeft bewezen, zullen wij dan ons linker kunsthartje verwijderen.

Let op: er is in die droom geen plaats voor een “totaal kunsthart”, een wereld zonder eigen hart....!

Over Leidse troeven gesproken, wie in de internationale cardiologische gemeenschap zou het wereldniveau van de nucleaire cardiologie en van de magnetische-resonantie-imaging (MRI) van hier niet begeren?

Het nieuwe afdelingshoofd van Cardiologie, de Hooggeleerde van der Wall heeft een paar jaar geleden “het ambt van hoogleraar aanvaard om werkzaam te zijn op het vakgebied van klinische toepassingen van cardiovasculair beeldvormend onderzoek”. De titel van zijn in januari 1998 uitgesproken rede luidde “Beeldvorming van het hart: inbeelding of afbeelding”. Welnu, in 2001, is de vooruitgang zo imponerend dat enige inbeelding denkbaar zou kunnen zijn. Beeldvorming is essentieel in hartfalen.

Hartcatheterisatie beschrijft de dimensies en de wandbeweging van de hartkamers en de staat van de kransvaten. Aansluitende interventionele cardiologie behandelt coronaire ischemie en bestrijdt ritmestoornissen en dyssynchronisme. Leiden heeft zich een vooraanstaande positie op het gebied van ritmecardiologie en biventriculaire pacing verschaft. Echocardiografie is onmisbaar vooral voor de preciese pre – per en postoperatieve analyse van hartkleppen: ondanks een duidelijk te geringe formatie, groeit de kwaliteit van de medewerking met de tijd: welkom de jonge ganzen!

De nucleaire cardiologie is een ware troef van het LUMC. In het bijzonder, de beoordeling van myocardvitaliteit door middel van F18 fluoro-desoxy-glucose, een marker van glucose metabolisme, in combinatie met driekops SPECT-imaging: deze benaderingswijze is efficiënt gebleken voor de voorspelling van post-interventioneel myocardherstel, en is ook zeker kostefficiënter dan PET imaging.

Last but not least MRI blijkt alles te bezorgen: de anatomie, de beweging, de dimensies, de relatieve wandverdickning bij systole, de richting, snelheid en hoeveelheid van de bloedstroom, de myocardvitaliteit. Welkom in de vlucht, beroemde Leidse afbeelders! Een andere glorieuze plaatselijke troef is de hartfysiologie met het pionieren van de fameuze “Pressure-volume loops”, welke de veranderingen in de linkerkamer functie met zoveel gevoeligheid weergeven: een onmisbaar en objectief instrument om het effect van proefbehandelingen te evalueren.

Zeer gewaardeerde toehoorders, u heeft ondertussen begrepen dat een multidisciplinaire benadering van hartfalen een indrukwekkende ganzenvlucht formatie vereist. Deskundigheid, complementariteit en een doel! Clinici, technici, afbeelders, fysiologen, architecten, beeldsnijders, psychologen, basiswetenschappers moeten helpen de individuele patiënt tijdig te leiden door de mogelijke therapeutische stappen, maar vooral het eerste gebod in ere houden: PRIMUM NON NOCERE! In deze vlucht wordt bijna iedereen de leider op zijn beurt. Maar, “Qui peut le plus, peut le moins”!

Dan maar het dagelijkse leven....

Coronaire revascularisatie moet compleet zijn: niet te snel concluderen dat een vat te klein of te diffuus aangetast of onbelangrijk is. Bij een patiënt met een fysiologische leeftijd van minder dan 70 jaar, verdient elke bereikbare coronair tak van 1,5 mm of meer een arteriële anastomose (arteria mammaria of gastroepiploïca). Het is mogelijk als men regelmatig sequentiële omleidingen gebruikt. Let op, voor mij is de arteria radialis nog steeds geen “arteriele” graft.

In een recent gepubliceerd onderzoek met 10 jaar follow-up van 500 patiënten die volgens deze strategie behandeld werden, hebben wij in Brussel kunnen aantonen dat

slechts 4 patiënten (0,08%/patiënt/jaar) gereopereerd dienden te worden, en dat alleen 11 andere een PTCA hebben moeten ondergaan (0,22%/pt/jr).

“Kloppend hart” coronaire chirurgie moet in elk geval dezelfde criteria hanteren: zo niet, zullen de midden en lange termijn resultaten niet vergelijkbaar zijn. Daarom mag ze niet in alle gevallen en zeker niet door alle chirurgen toegepast worden... Ik geloof niet dat haar toekomst er bijzonder rooskleurig uitziet. MIDCAB is al uitgestorven en, binnen een paar jaren, zal de endovasculaire cardiologie de chirurgie tenminste van de laterale en onderwand weggagen (nieuwe middelen, drastische vermindering van de “restenosis” percentage), zonder te spreken over de verbazende farmacologische vooruitgang. Er zullen een paar indicaties overblijven in de voorwand en in zeer diffuse coronaire aandoeningen, te delen met de “klassieke chirurgie”... Moderne extracorporele circulatie is ook aanzienlijk aan het verbeteren, en is nu al veel beter dan ons soms wordt voorgespiegeld: maar ja, als men van iemand wil scheiden, maakt men hem of haar lelijk!....

Robotiek zal zeker doorkomen maar onder een andere vorm. De anastomosen – het aanhechten van een vat aan een andere door middel van een draad- zullen weldra verdwijnen, en de verbinding zal ogenblikkelijk geschieden door middel van laser of een dergelijke techniek. De chirurg zal ook op een virtueel en daarmee onbeweegelijk beeld mogen werken...

Een sterk verkleinde en anterograde extracorporele circulatie zal nog voor de echte “open hart” chirurgie gebruikt moeten worden.

Ja, ondanks de druk van de sensatie media en van de concurrentie en de financiële interesse – en vandaar de steun – van de industrie is het niet meer zo gemakkelijk om nuchter en redelijk te blijven. Bovendien om in dit avontuur een leidingspositie te behouden moet men heel rijk zijn!

Mitralisklep chirurgie moet mijns inziens in onze landen een reparatie in tenminste 80% van de gevallen betekenen. Ik geloof in een agressieve indicatiestelling als een meer dan graad II insufficiëntie ontdekt wordt in gevallen van eindstadium hartfalen, postero-laterale of onderwand ischemie en zelfs in een vroeg stadium van acute endocarditis. Klepsparende aorta chirurgie is ook zeer aantrekkelijk, en voor de patiënt en voor de chirurg, niet alleen in de anevrysmen van de aorta ascendens, maar ook in de gevallen van acute dissectie van de aorta, in de ziekte van MARFAN en in bicuspidië.

De dagen van de “mechanische kunstkleppen” lijken mij geteld. De bioprothesen worden steeds beter bestand tegen verkalking en hun hemodynamisch profiel verbetert. In de aorta positie zorgen de “stentless” bioprothesen voor lagere drukverschillen en betere duurzaamheid.

De meest spectaculaire ontwikkelingen op het gebied van long en mediastinum chirurgie zijn voor mij de volumereductie technieken om longemfyseem en de thoracoscopische benadering van bepaalde gelokaliseerde afwijkingen. De afdeling heeft een vooraanstaande positie verworven in de thoracoscopische benadering van longemfyseem. Ook in de longchirurgie is de preoperatieve diagnostiek verder verbeterd, niet in de laatste plaats door de toepassing van transoesophagiale echo met transbronchiale punctie van mediastinale structuren, een gebied waarop de longafdeling beslist een pioniersrol speelt.

Dames en heren, medewerkers van de afdelingen thoraxchirurgie, anesthesiologie en van de nieuwe afdeling “Intensive care”: het aloude ROHDA principe – recht op het doel af - is niet gemakkelijk te hanteren in het “Land der Protocollen”. Ik heb bewust – en nog steeds zonder spijt - voor een paar opschuddingen gezorgd, welke onontbeerlijk waren (en zijn) voor mijn ontwikkelingsplannen. We hebben elkaar af en toe niet gespaard. Maar laat ons toegeven dat we samen al zoveel in 14 maanden hebben bereikt, een ganzenvlucht waarin de elementen steeds meer met elkaar vliegen in dezelfde richting, waarin de jonge ganzen van alle componenten van meer en meer enthousiame getuigen. En ze vertellen het naar buiten. Een groeiend aantal schitterende jonge nederlandse en buitenlandse artsen wenst met ons te mogen werken of een opleiding hier te mogen volgen. Wij hebben onze sterke kinderhartchirurgie gehandhaaft en plannen een belovende medewerking met Amsterdam en Utrecht. Wij hebben een sterk profiel geworven in klepreparatie, in ischemische mitralis insufficiëntie, in eindstadium hartfalen chirurgie. Wij bezitten de hele keten van mechanische ondersteuning van het hart (BIOMEDICUS, MEDOS voor kinderen en volwassenen, NOVACOR). We zijn zo dichtbij de transplantatie. We starten nu ritmechirurgie, en in het bijzonder de chirurgie van de atriale fibrillatie, met de prestigieuze steun van onze Boerhaave Hoogleraar, de Hooggeleerde Joao MELO. Onze samenwerking met de afdeling cardiologie lijkt me beter dan ooit, en we zijn heel dichtbij een gezamenlijke opnameafdeling (C₉ – J₉).

Niet alleen is onze opleiding efficiënter en aantrekkelijker geworden, maar ook ons onderwijs: de student bij ons is nu geconfronteerd met een ware multidisciplinaire aanpak: indicatiestelling, operatieve verrichtingen en postoperatief beleid worden nu open gediscussieerd en gepland. Kortom we vliegen naar een uniform Leids beleid, welke steeds duidelijker moet worden voor onze verwijzers, huisartsen en cardiologen.

Dames en heren, referende collega's, uw bijdrage in de indicatiestelling en in de voorbereiding is onmisbaar, zeker in deze tijden van explosief groeiende wachtlijsten. Uw medewerking in de postoperatieve follow-up is onontbeerlijk voor kwaliteitscontrole en wetenschap. Welkom in onze ganzenvlucht! Laat ons onze respectieve troeven waarderen, gebruiken en bundelen voor het beste van onze patiëntenzorg, ons onderzoek en onderwijs! Het op gang brengen van het Haagsche Centrum past is deze visie, zelfs als ik er de uitdaging niet van onderschat!

Hooggeleerden, collega's, dames en heren van de andere universiteiten, is de tijd niet rijp om meer complementair te worden in thoraxchirurgie? Laat ons onze studenten, assistenten en fellow's rouleren, ze laten profiteren van onze respectievelijke internationale betrekkingen. "Le voyage forme la jeunesse".

Ze zullen ook de fundamenten leggen voor een meer open, serene en duurzame medewerking van onze centra en voor het meer optimaal benutten van onze diverse krachten in deze tijden van te krappe budgetten. De beste verdediging ligt in de aanval, maar dan wel met een open vizier... Laat ons met elkaar in plaats van langs elkaar vliegen.

Mijnheer de Rector Magnificus, Dames en Heren,

Aan het einde van mijn rede gekomen wil ik mijn erkentelijkheid en dank betuigen aan de Faculteit der Geneeskunde en het College van Bestuur voor het in mij gestelde vertrouwen.

Dames en Heren Hoogleraren van de Leidse Universiteit,
Het is mij een eer en een genoegen, nu als collega in Uw midden opgenomen te zijn.

De Raad van Bestuur van het LUMC en in het bijzonder de Hooggeleerde Buruma en Vermeer,
Visie, inspiratie, scherpzinnigheid, durf, de daad bij het woord zijn de eerste troeven van het LUMC die mij hier overgebracht hebben en blijven stimuleren. Dank U.

Hooggeleerde Zwartendijk, beste Jaap en het beheer van divisie 1,
Openheid, verstandhouding en steun zal ik altijd bij U treffen, dank U.

Hooggeleerde Huysmans, beste Hans,
Het is een eer om U te mogen opvolgen. Ik hoop nog lang te mogen rekenen op Uw tactvolle raadgeving.

Waarde Versteegh, beste Michel,
Het is een genoegen om met U samen te vliegen en te mogen rekenen op Uw wijze eerlijkheid en op Uw onverstoorbare steun.

Hooggeleerde Hazekamp, beste Marc, Waarde Schoof, beste Paul,
Onze kinder ganzenvlucht is van wereldniveau. Proficiat en dank U.

Hooggeleerde van der Wall, beste Ernst,
14 juli 1947: een wonderbaar wijnjaar en een nationale feestdag. Hoewel je er duidelijk ouder uitziet, zou het kunnen zijn dat je enkele uren na mij bent geboren. Beste tweelingbroer, dank U voor een stralende medewerking.

Monsieur le Professeur Kestens,

Vous m'avez accueilli en chirurgie, et enthousiasmé par votre personnalité, votre virtuosité, votre respect du patient. Votre indéfectible présence aux moments forts de ma vie et de ma carrière m'a profondément touché. Merci.

Monsieur le Professeur Ponlot,

Vous avez été et restez mon oncle en chirurgie: tout un programme et beaucoup d'émotion. Merci.

Monsieur le Professeur Chalant,

La chirurgie cardiaque à l'UCL a été mon rêve d'enfant: vous l'avez incarné avec la distinction, la sagesse et la modestie qui vous caractérisent. Merci.

Hooggeleerde Hitchcock, beste François,

Uw chirurgisch gevoel is voor mij een ware openbaring gebleven. Dank U voor de zo leerrijke jaren in het AZU.

Dames en Heren Studenten,

Uw enthousiasme draagt bij tot de essentie van de Universiteit en de toekomst van het academisch ziekenhuis. Ik zal er altijd voor zijn om het te helpen uitbeelden.

Lieve moeder, chère Mamy,

Si petite, mais si grande! Que puis je dire de plus? Je suis si content de pouvoir vivre aussi ceci avec toi. Papa doit être bien fier là-haut.

Martin, Charles en Pierre, mijn lieve zonen,

De parels van onze ganzenvlucht. Een wonderlijk en belovend amalgaam van gratie, kracht en turbulentie. Dank U voor de opwaartse druk!

Als laatste, Hooggeliefde Brusselmans, Lieve Charlotte,

Zoals duimelot Niels Holgersson onder de vleugel van Maarten de Gans, heb ik altijd om je hals zielenrust, sterkte, moed, warmte, kortom liefde mogen hervinden. Vanuit de aarde gezien zijn we dan niet meer in de ganzenvlucht te onderscheiden, "et c'est très bien ainsi"!

Ik heb gezegd.