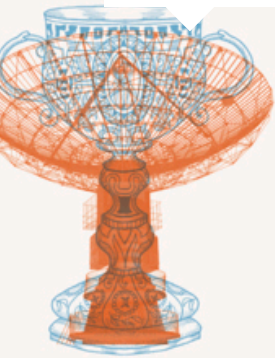
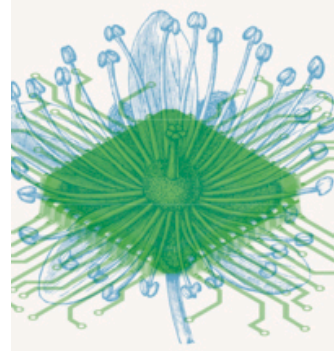
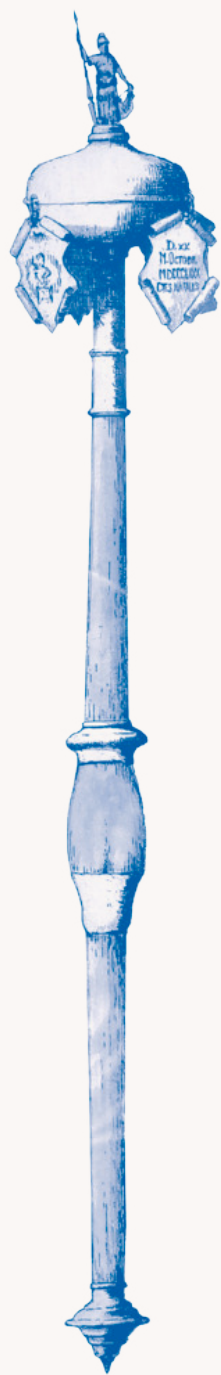


Nakauwen

prof.dr. E. Bloemena





IN
HONORE
SACRATISSIMI
SACRAMENTI

prof.dr. E. Bloemena

Nakauwen

Rede uitgesproken bij het afscheid als hoogleraar Orale Pathologie, aan de Faculteit der Geneeskunde / Amsterdam UMC en de Faculteit der Tandheelkunde van de Vrije Universiteit Amsterdam op 21 september 2023.

Nakauwen

Mijnheer de rector magnificus, geachte aanwezigen,

Nakauwen of herkauwen: het opnieuw kauwen op voedsel om de vertering te bevorderen. In het wielrennen wordt gesproken over het “verteren van de kilometers”. Als je dat goed kan, kun je de dag erna weer beter presteren. Met deze rede hoop ik, door met u na te kauwen over mijn carrière als patholoog, vrouwelijke hoogleraar, opleider en onderzoeker deze te “verteren”.

Wat is er veranderd in het vak pathologie?

Toen ik startte met de opleiding en werkte als staflid in de jaren 90 van de vorige eeuw was elke patholoog nog een generalist. Dit betekende dat je als patholoog net zo goed een diagnose op het gebied van gastro-intestinale pathologie moest kunnen stellen als op het gebied van urogenitale pathologie of huidpathologie. Pathologen zonden hun uitslag naar de aanvragend clinicus en dat was het. Het was bij wijze van spreken niet eens altijd duidelijk aan de patholoog welke consequenties de pathologie uitslag voor de patiënt had.

Hierin kwam verandering toen in deze eeuw geleidelijk het begrip “aandachtsgebieden” ontstond en pathologen, oorspronkelijk met name de academisch werkende pathologen voor slechts enkele klinische specialismen de diagnostiek uitvoerden. In 2003 werd ik benoemd bij het Academisch Centrum voor Tandheelkunde in Amsterdam (ACTA) als hoogleraar in de “Orale Pathologie”, d.w.z. met speciale aandacht voor en kennis over afwijkingen in de mond, zowel op het gebied van de slijmvlies, als het bot en de gebitselementen. Logischerwijze breidde mijn aandachtgebied zich in de daarop volgende jaren uit naar de hoofd-hals pathologie. Daarnaast bleef er vanuit mijn opleidingstijd en begintijd als staflid de liefde voor de gastro-intestinale pathologie en met name daarin de leverpathologie.

Deze ontwikkelingen naar specialisatie en aandachtsgebieden werden mede gedreven door het verschijnen van het eerste SONCOS rapport¹ in 2012 dat de randvoorwaarden van goede oncologische zorg, beschreef. Een van de speerpunten was dat oncologische zorg bij uitstek multidisciplinair moet zijn. Dit leidde er ook toe dat er voor alle patiënten met kanker Multidisciplinaire Overleggen (de zogenaamde MDO's) ontstonden waarin alle casus besproken werden door alle betrokken medisch specialismen om tot het beste advies met betrekking tot het behandelplan te komen. Omdat pathologie een cruciaal specialisme is op het gebied van diagnose stelling, maar ook om door weefselonderzoek prognostische kenmerken van tumoren te onderkennen, moest de patholoog “uit de kelder komen” en zich als klinisch specialist manifesteren. In die tijd is de naam van het vak veranderd van “patholoog-anatoom” naar “klinisch patholoog” maar het gebruik van de eerste term blijft nog hardnekkig hangen. Dus, beste collegae: na vandaag nooit meer gebruiken!

Ik wil u meenemen naar 2 voorbeelden van ontwikkelingen binnen mijn aandachtsgebieden die illustreren dat de kennis in de diepte enorm is toegenomen en dat het daardoor in de huidige tijd onmogelijk is om als patholoog in alle aandachtsgebieden nog voldoende up-to-date te zijn om te voldoen aan de vragen vanuit de kliniek en het veld.

Het eerste betreft de inzichten in de genetica van speekselkliertumoren. Speekselkliertumoren zijn enorm zeldzame tumoren: er worden in heel Nederland 150-200 gevallen per jaar vastgesteld van kwaadaardige speekselklierkanker. Om deze cijfers te verkrijgen hebben we in Nederland een prachtige centrale registratie door de Nederlandse Kankerregistratie NKR². Daarnaast komen de

goedaardige speekselkliertumoren per jaar voor bij ca 700 personen³. Deze getallen kunnen we niet uit de NKR halen omdat goedaardige tumoren hierin niet geregistreerd worden, maar daarvoor kunnen we gelukkig de centrale Pathologie registratie database PALGA gebruiken⁴. In deze database bevinden zich de pathologie uitslagen van alle PA afdelingen in Nederland sinds ongeveer 1985. Ondanks het feit dat speekselkliertumoren zeldzaam zijn, worden er meer dan 35 subtypen onderscheiden⁵. In de afgelopen jaren is duidelijk geworden dat in diverse van deze subtypen heel specifieke genetische afwijkingen kunnen worden gevonden⁶. Het aantonen van deze specifieke afwijkingen kan ons enerzijds helpen in de diagnostiek van moeilijk te classificeren gevallen van speekselkliertumoren. Anderzijds kunnen sommigen van deze specifieke genetische afwijkingen dienen als aangrijpingspunt voor bepaalde geneesmiddelen indien een tumor uitgezaaid is en niet meer genezen kan worden met lokale, chirurgische therapie. Het inzetten van deze specifieke middelen die gericht zijn tegen bepaalde in de tumor aanwezige genetische targets noemen we doelgerichte of gepersonaliseerde therapie. Het betreft allen middelen die enorm duur zijn en derhalve heeft de patholoog hier een belangrijke taak in het aantonen van deze afwijkingen in de tumor opdat deze dure therapie alleen ingezet wordt voor patiënten die er ook daadwerkelijk baat bij kunnen hebben. Ter illustratie hiervan wil ik een type speekselkliertumor, genaamd het secretair carcinoom, nader bespreken. Deze tumor was volledig onbekend tot 2010, toen hij voor het eerst beschreven werd op basis van een heel specifieke genetische afwijking, nl. een *ETV6-NTRK3* translocatie (7). Dit geeft ons additionele mogelijkheden tot diagnostiek omdat we het NTRK eiwit kunnen aantonen in onze histologische coupes en daarmee kunnen bewijzen dat een bepaalde tumor een secretair carcinoom betreft. Er is daarnaast ook een middel beschikbaar dat specifiek de groei van tumoren met deze translocatie kan remmen⁸, dat eventueel kan worden toegediend aan patiënten met een uitgezaaide vorm van deze kanker.

Het tweede voorbeeld om te illustreren dat ontwikkelingen binnen klinische specialismen zodanig zijn dat een patholoog zich echt moet specialiseren om kennis van het vakgebied op niveau te kunnen houden betreft de ontdekking dat een virus, het humaan papilloma virus, afgekort HPV, een belangrijke rol speelt bij een subgroep van hoofd-hals tumoren, nl. de kankers die ontstaan in de regio van de tonsillen (de amandelen) en het achterste deel van de tong (de tongbasis)⁹. Het was al vastgesteld dat HPV een belangrijke rol speelde bij baarmoederhalskanker¹⁰ en bij de afdeling Pathologie van het VUmc was er een grote en zeer productieve multidisciplinaire onderzoeksgroep op het gebied van HPV en baarmoederhalskanker. In samenwerking met de afdeling Keel- Neus- Oorheelkunde/Hoofd-Hals Chirurgie van het VUmc en het ErasmusMC in Rotterdam hebben we veel onderzoek gedaan naar de rol van HPV bij Hoofd-Hals kanker hetgeen heeft geleid tot diverse fraaie publicaties en promoties¹¹. Het aantal mensen met orofarynx kanker neemt toe in Nederland. Wij toonden aan dat daarbij tevens het percentage tumoren dat door HPV werd veroorzaakt in Nederland geleidelijk steeg, van 15% in 2000 tot meer dan 50% in 2015¹¹, en deze toename lijkt zich tot op heden door te zetten. Uiteindelijk bleek de rol van HPV zo belangrijk en de implicaties voor de prognose zodanig dat de HPV gerelateerde tumoren van het Hoofd-Hals gebied een geheel eigen tumor stadiering hebben gekregen in het internationaal gebruikte tumor stadiëringssysteem^{12,13,14}. Derhalve is het heden ten dage een ernstige ommissie als een patholoog bij de diagnostiek van hoofd-hals tumoren in die regio verzuimt om de eventuele aanwezigheid van HPV aan te tonen. In het algemeen hebben de HPV gerelateerde tumoren in het hoofd-hals gebied een betere prognose dan de niet HPV gerelateerde tumoren, maar tot op dit moment heeft het nog geen consequenties voor

de behandeling ondanks diverse klinische trials om een eventueel minder zware behandeling voor HPV tumoren te ontwikkelen.

Omdat de HPV gerelateerde tumoren zich bevinden in het overgangsgedebied tussen de mond- en keelholte, is het iets waarmee ook in een zeldzaam geval de tandarts in aanraking kan komen. Uit onderzoek bleek echter dat de notie van tandartsen met betrekking tot deze kankers nog niet optimaal is¹⁵, maar dat de meeste tandheelkundig studenten en tandartsen het wel belangrijk vonden betrokken te zijn in de screening naar deze tumoren¹⁶.

Onderzoek

Net al even gememoreerd: onderzoek, één van de hoofdpijlers van het werk als academisch patholoog. In de afgelopen jaren heb ik met veel plezier onderzoek gedaan, altijd in multidisciplinaire teams. Al jaren heb ik een vruchtbare samenwerking op het gebied van de hoofd-hals oncologie met de afdelingen Keel-, Neus-, Oorheelkunde/Hoofd-Hals Chirurgie en Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie van AmsterdamUMC. In onze onderzoeksteams is de rol van een ieder belangrijk: de clinicus die de patiënten ziet, weet wat de vragen vanuit de praktijk, de “clinical needs” zijn, waar we met onderzoek een antwoord op moeten vinden, de patholoog die de hoeder is van de vele weefselmonsters die van patiënten worden afgenomen in het kader van diagnostiek en bij uitstek de expert op het gebied van de beoordeling van de weefsels, de bioloog c.q. moleculair bioloog met expertise op het gebied van biologische processen en genetica, de bioinformaticus met unieke skills op het gebied van analyse van veel en complexe data, etc, etc. En natuurlijk de promovendi en studenten die aan het begin van hun wetenschappelijke carrière in de praktijk leren het onderzoek uit te voeren, onderzoeksvragen te formuleren en strategieën te ontwikkelen om tot de oplossing van de vragen te komen. In deze multidisciplinaire samenwerking op basis van gelijkwaardigheid en individuele expertise werd ik 2017 onaangenaam verrast door een brief vanuit de Raad van Bestuur dat ik benoemd was tot PI, Principal Investigator. Ik citeer uit deze brief: “Het is mij een groot genoegen u te mogen benoemen tot PI. Deze titel reflecteert dat u een eigen onderzoekslijn heeft..”. Einde citaat. Ik was flabbergasted. Uit het hiervoor door mij geschetste scenario mag blijken dat ik helemaal geen EIGEN onderzoekslijn heb, maar dat ONS onderzoek alleen gedijt in de multidisciplinaire samenwerking. Om binnen zo’n mooie en hechte onderzoeksgroep dan enkelen te benoemen tot PI is mijn inziens contraproductief en demotiverend. Kortom, misschien verdient het aanbeveling dit PI model toch nog maar eens te heroverwegen.

Inhoudelijk wil ik graag nog graag recente bevindingen uit ons onderzoek delen. Al verscheidene jaren doen we onderzoek naar de genetische veranderingen die optreden als een normale epitheelcel in de bekleiding van het mondslimvlies verandert tot een kankercel die autonoom groeit, zich kan verplaatsen door het weefsel en zelfs via bloed- en lymfbanen op afstand uitzaaiingen kan veroorzaken. Hierbij hadden we een model ontwikkeld waarbij de accumulatie van genetische afwijkingen in de tijd leidt tot veranderingen in de bekleedende epitheelcellen die we dysplasie noemen, een mogelijk voorstadium van kanker, tot uiteindelijk de full-blown tumor^{17,18}. Sinds enkele jaren hebben we dit onderzoek uitgebreid naar een zichtbare afwijking van het mondslimvlies, een witte plek, leukoplakie genaamd, hetgeen ook een potentiële voorloper laesie van kanker is. Bij een deel van de mensen met leukoplakie ontwikkelt mondkanker, maar dat kan jaren (tot wel 20 á 25 jaar) duren, en uiteindelijk krijgen veel mensen met deze afwijking nooit kanker in de mond. Een van de belangrijke voorspellers van de kans op maligne ontarding is het vaststellen van bepaalde

vormveranderingen van de epitheelcellen die we alleen met weefselonderzoek kunnen vaststellen en die we dysplasie noemen¹⁹. Wij hebben echter kunnen aantonen dat er, naast de klassiek herkende epitheelveranderingen die in de boeken beschreven staan, ook meer subtiele veranderingen kunnen optreden waarbij niet zozeer de cel verandert van morfologie, maar waarbij eerder de opbouw van het epitheel afwijkend is. Wij hebben deze vorm van dysplasie “gedifferentieerde dysplasie” genoemd. Met ons longitudinale onderzoek aan een grote groep mensen met leukoplakie hebben we kunnen aantonen dat het herkennen van deze gedifferentieerde dysplasie, naast de al herkende klassieke dysplasie, de voorspelling op maligne onttaarding verbetert²⁰. Het betreft dus wel degelijk een klinisch relevante afwijking. Om dit begrip te laten doordringen in de internationale literatuur is echter nog een taai proces. Daarnaast hebben we op basis van weefselkenmerken en de expressie van bepaalde eiwitten in de cel een groep mensen met leukoplakie kunnen identificeren die na vele jaren nog altijd geen kanker had ontwikkeld²⁰. Dit biedt perspectieven voor de controles van deze mensen die nu halfjaarlijks plaatsvinden in gespecialiseerde centra bij de kaakchirurg. Mogelijk kunnen we deze groep terugverwijzen naar de tandarts die de plek in de gaten houdt tijdens de halfjaarlijkse tandartscontrole. Op dit moment onderzoeken we vanuit onze Leukoplakie Werkgroep of de tandartsen inderdaad deze controles op zich willen nemen en zich daarvoor competent voelen.

Deze onderzoeken konden we doen omdat de afgelopen decennia weefselbiopten en resecties zijn gedaan van mensen met deze afwijkingen. Een recente bevinding die mij met verwondering achterlaat zijn de zeer recente resultaten van de genetische analyses in deze lesies over de tijd in een groep mensen die uiteindelijk mondkanker krijgt. Volgens onze eerdere theorie verwacht je dat in de loop van de tijd steeds meer genetische afwijkingen aantoonbaar zijn naar de ontwikkeling van een echte invasieve kanker toe. Groot was onze verbazing dat bleek dat dezelfde genetische veranderingen die in kanker voorkomen al in een deel van de leukoplakieën aanwezig was en bleef, jaren voordat deze laesie zich tot een echte kanker ontwikkelde²¹. Daar gaat onze oorspronkelijke theorie. Hoe is het mogelijk dat deze laesies met zoveel genetische veranderingen uiteindelijk pas na jaren kanker worden zonder dat dat gepaard gaat met nieuwe genetische veranderingen? Ik laat het beantwoorden van deze vraag nu maar over aan de komende generatie, en verheug me op de dag dat ons oorspronkelijke dogma naar de prullenmand verdwijnt.

Al dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder gebruik van het restmateriaal van het weefsel dat verkregen wordt bij diagnostische ingrepen bij de patiënt. In de voorbij jaren is het gebruik van de restmateriaal steeds ingewikkelder geworden en meer omkleed met regels en ge- en verboden. Verzuchtte ik in mijn oratie in 2004 nog dat het ingewikkeld werd om restmateriaal te gebruiken vanwege de toen in de lucht hangende wet “*Zeggenschap lichaamsmateriaal*”, inmiddels mag het gebruik van restmateriaal of medische gegevens die in het kader van de behandeling zijn verzameld, alleen als de persoon van wie het materiaal of de gegevens afkomstig zijn, daartegen expliciet geen bezwaar heeft gemaakt en mits het voldoet aan:

- *De Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG)*
- *De Wet Zeggenschap lichaamsmateriaal*
- *Het reglement van de commissie Biobanken (CBB) van het academisch ziekenhuis.*

Sinds 1999 wordt door de Federatie van Medisch Wetenschappelijke Verenigingen de “*Code Goed Gebruik*” uitgebracht, het laatst ge-updated in 2022 als “*Gedragscode Gezondheidsonderzoek*” onder auspiciën van de Commissie regelgeving Onderzoek COREON²². Recent is door de minister van VWS een kamerbrief geschreven met als onderwerp “*Visie en strategie secundair datagebruik*” waarbij signaleerd wordt dat er “*Op dit moment nog veel knelpunten zijn in het brede secundair gebruik*

van gezondheidsdata”²³. Het is te hopen dat voor de nabije toekomst een strategie ontwikkeld gaat worden om de gesignaleerde knelpunten te verminderen.

Opleiding

Vanaf 2010 was ik plaatsvervangend en vanaf 2015 opleider Pathologie aan het VUmc. Met het veranderen van het vak van patholoog veranderde de opleiding. In het Opleidingsplan Modernisering Opleiding Pathologie (MOP) van 2011²⁴ werden de CanMeds competenties geïntroduceerd waarlangs de opleiding zou verlopen. Hierbij was niet alleen het vakinhoudelijke aspect belangrijk, maar ook communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit. Dit vereiste ook van ons opleiders een andere mindset. Daarnaast deden de aandachtsgebieden in de Pathologie hun intreden en werd de opleiding omgevormd van een systeem dat dagelijks alle diagnostiek in de breedte aan de arts-assistenten in opleiding (AIOS) aanbood naar een blokkensysteem waarin de AIOS gedurende 3-6 maanden de diagnostiek van één tot maximaal drie aandachtsgebieden deed.

Een uitdaging vormen de huidige veranderingen in de gezondheidszorg. De pathologie opleiding is nog altijd primair academisch, met een perifeer jaar in de geaffilieerde ziekenhuizen. Het was meestal gebruikelijk dat een AIOS in zijn 2^e of 3^e opleidingsjaar perifeer ging, na het verkrijgen van de basisvaardigheden in de academie. Nu echter de academische centra, AmsterdamUMC niet uitgezonderd, steeds meer de keuze maken om uitsluitend hoog-complexe, tertiaire zorg te bieden, wordt het de vraag of deze centra nog wel de beste plaats zijn om basisvaardigheden voor de specialistenopleiding te leren. Voor de toekomst zal zeker voor de opleiding sterkere regionale samenwerking nodig zijn om de AIOS alles te bieden wat zij in de basis, en later in de verdieping van hun opleiding nodig hebben. Het oprichten van een regionaal Obductiecentrum is hiervan een fraai voorbeeld.

De opleiding tot patholoog blijft nog altijd geschoeid op het meester-gezel systeem waarbij er op dagelijkse basis relatief veel één op één interactie is tussen AIOS en consulent. Het is langzamerhand de vraag of deze manier van leren nog wel aansluit bij de huidige generatie. Wat leert de sociologie ons van deze generaties²⁵? Ik behoor zelf net tot de Generatie X, na de Babyboomers. De generaties die we nu opleiden, Generatie Y en Z, zijn generaties die opgegroeid zijn met internet, continue informatiestromen en omgang met grote hoeveelheden digitale data. Er wordt over deze generaties vaak negatief gesproken in termen als individualistisch, verwend, achterbankgeneratie, en quiet quitters. De huidige generaties leven in een tijd waarin voortdurend informatie beschikbaar is en aangeboden wordt. Je even rustig terugtrekken in een bibliotheek om je in een casus te verdiepen met een boek is er niet meer bij: apps en Google op de mobiele telefoon zorgen ervoor dat alle informatie onmiddellijk bij de hand is. Daarbij zie ik onder de jonge specialisten in opleiding veel mensen met een hoog streefniveau en sterk ontwikkeld verantwoordelijkheidsgevoel. En dat strekt zich ook uit naar hun privéleven en de opvoeding van hun kinderen. Dit, gekoppeld aan het feit dat iedereen voortdurend “aan” staat is mijn inziens een van de onderliggende oorzaken van het hoge aantal AIOS met burn out klachten. Volgens een enquête van De Jonge Specialist in 2022 ervaart bijna een kwart van de specialisten in opleiding klachten die passen bij burn out²⁶. Om voor de toekomst deze talentvolle jonge dokters voor het vak te behouden zal de opleiding en uiteindelijk ook de manier van werken in de gezondheidszorg heroverwogen moeten worden²⁷. Op alle niveaus kraakt de gezondheidszorg in zijn voegen vanwege personeelsgebrek terwijl de financiën hun plafond bereikt hebben. Meer mensen erbij is dus geen reële optie. Artificial Intelligence, keuzes maken en

regionalisatie zijn in dit tijdsgewricht de magische woorden die alle problemen moeten oplossen, waarbij de tijd zal leren of dat zal brengen wat we er nu van hopen.

Tijdens mijn opleiderschap heb ik altijd veel tijd en aandacht besteed aan de individuele ontwikkeling van de AIOS. Het is mijn innige overtuiging dat als je iets doet wat goed aansluit bij jouw interesses, het beste recept is om langdurig te kunnen blijven genieten van je beroep en je hierin verder te ontwikkelen. Zo heb ik AIOS de gelegenheid gegeven een business management opleiding te doen, de basiskwalificatie onderwijs te behalen, of deeltijd aan een wetenschappelijk onderzoek te besteden. Deze aanpak heeft er toe geleid dat ik in 2018, door mijn AIOS voorgedragen, de Opleiderprijs van het Jaar heb gekregen tijdens het DJS congres, een erkenning waar ik nog steeds enorm trots op ben en ook een van de hoogtepunten van mijn carrière vormt.

Vrouwen

De ander erkenning die ik hier niet onvermeld wil laten is de Pompe penning die mij dit jaar in april is uitgereikt als erkenning voor de verdiensten voor de Pathologie. Hoewel ik zeer vereerd was met deze erkenning was ik ook ontsteld dat ik de eerste vrouw was die deze prijs ontving.

Vrouwen zijn in Nederland nog steeds achtergesteld. In de jaarlijkse ranglijst van landen waar de minste ongelijkheid is tussen mannen en vrouwen, de Global Gender Gap Index²⁸, scoort Nederland, met de 28^e plaats, slechter dan onder meer België, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk. De meeste vrouwen in Nederland hebben overwegend een parttimebaan (77,7 procent van de vrouwen tegenover 45,6 procent van de mannen), en bij bedrijven is slechts 13,7 procent van de topmanagers een vrouw. Ook is slechts 38 procent van de commissarissen bij beursgenoteerde bedrijven vrouw. In het algemeen is de beloning voor vrouwen lager, ook gecorrigeerd voor werktijdfactor en opleidingsniveau. Volgens cijfers van het CBS was het uurloon voor vrouwen in 2021 gemiddeld 13% lager dan dat van mannen.

Tijdens het uitspreken van mijn oratie in 2004 was 7% van de Nederlandse hoogleraren vrouw. Inmiddels is dit laatste percentage toegenomen naar gemiddeld bijna 27%²⁹, met nog aanzienlijke verschillen tussen universiteiten en faculteiten. De toename is mede te danken aan het zendingswerk dat vanuit de Landelijk Netwerk Vrouwelijke Hoogleraren in de afgelopen jaren gedaan is. Bovendien heeft Bussemaker, aan het eind van haar regeerperiode hiervoor extra geld beschikbaar gesteld. Maar gezien deze cijfers zijn we er nog lang niet. En hoewel ik zeer verheugd ben dat in de afgelopen maanden in AmsterdamUMC zowel een vrouwelijk afdelingshoofd van de inmiddels grootste pathologie afdeling van Nederland benoemd is als een vrouwelijke decaan voor de faculteit Geneeskunde is het gevecht nog niet gestreden. Vrouwen, wees je bewust van je achterstandspositie, wees een rolmodel voor anderen en help anderen waar mogelijk.

Dankwoord

Nadat ik zo heb nagekauwd over diverse aspecten van mijn loopbaan, rest mij nog een kort dankwoord te richten aan het College van Bestuur van de Vrije universiteit in het in mij gestelde vertrouwen in de afgelopen jaren. Als hoogleraar van 2 faculteiten bedank ik zowel het Bestuur van het Academisch Centrum voor Tandheelkunde Amsterdam als het Bestuur van de faculteit Geneeskunde voor het in mij gestelde vertrouwen.

Mijn carrière zou niet geweest zijn wat hij is geweest zonder de vele collegae van de Pathologie, die ik bij deze graag collectief wil danken, zowel pathologen, als analisten, obductied medewerkers, research medewerkers, medische administratie en stafsecretariaat. Ik noem bij naam alleen Marc van der Vijver, als afdelingshoofd tot zeer recent en Dilara Savci als zijn opvolger. En natuurlijk Laura Peferoen, mijn opvolgster op het gebied van de hoofd-hals en orale pathologie. Laura, je hebt je bewonderenswaardig ontwikkeld de laatste paar jaar als hoofd-hals en oraal patholoog en ik laat met alle vertrouwen deze toko aan je over. Zonder de uitstekende samenwerking met de klinici van de afdelingen Mondziekten, Kaak- en Aangezichtschirurgie, Keel-Neus-Oorheelkunde/ Hoofd-Hals chirurgie, Gastroenterologie, Radiotherapie, Oncologie en Radiologie was ik nooit de internationale expert patholoog geworden die ik nu ben. Ik dank allen hiervoor en noem alleen Jan de Lange, hoofd MKA en René Leemans, hoofd KNO. Jan, dank dat je de Orale Pathologie onderdak hebt gegeven en blijft geven. René, veel dank, ook dat ik op de raarste tijden altijd bij je terecht kon voor de raarste vragen.

Mijn research van de afgelopen jaren had er niet zo fraai uitgezien zonder de researchclub van KNO en onze Leukoplakie Werkgroep. Ik dank jullie allen hartelijk voor de fijne samenwerking en hoop deze nog wel even te kunnen voortzetten. Speciaal noem ik Ruud Brakenhoff. Zonder Ruud is het hoofd-halskanker onderzoek ondenkbaar.

Ik had niet zo'n geweldige academische carrière kunnen hebben zonder de steun van het thuisfront. Thomas, inmiddels al weer vele jaren het huis uit en CEO van je eigen bedrijf, ik ben ontzettend trots op je en begrijp niet waar die talenten vandaan komen. Hannah, in mijn oratie schreef ik "je bent zo eigenwijs als je klein bent. Met jouw ongeremde nieuwsgierigheid zou je nog wel eens een goede onderzoekster kunnen worden". Nu, 20 jaar later sta je inderdaad aan het begin van je PhD traject. Ik ben ontzettend trots op je en heb er alle vertrouwen in dat ik nog voor een kritische noot in je commissie zal kunnen zitten.

Wim, alle keren dat ik er niet was vanwege bestuurswerk, commissies, cursussen, congressen, of "gewoon" laat, noem maar op, heb je nooit een onvertogen woord gesproken en gezorgd dat thuis de boel, vroeger met de kinderen, nu met de hond rustig doordraait. Lief maatje, dank hiervoor.

Ik heb gezegd.

(Beknopte) referentielijst:

1. SONCOS NORMERINGSRAPPORT 11-2023 Multidisciplinaire normering oncologische zorg in Nederland
2. [NKR Cijfers \(ikn.nl\)](#)
3. Valstar MH, et al. Oral Oncol. 2017 Mar;66:93-99. doi: 10.1016/j.oraloncology.2017.01.004. PMID: 28249655.
4. Casparie M, et al. Cell Oncol. 2007;29(1):19-24. doi: 10.1155/2007/971816. PMID: 17429138; PMCID: PMC4618410.
5. Hycrza MD et al. Salivary gland Tumours. Head and Neck Tumours 5th edition. [BlueBooksOnline \(who.int\)](#)
6. Toper MH, Sarioglu S. Adv Anat Pathol. 2021 Mar 1;28(2):81-93. doi: 10.1097/PAP.000000000000291. PMID: 33405400.
7. Skálová A, et al. Am J Surg Pathol. 2010 May;34(5):599-608. doi: 10.1097/PAS.0b013e3181d9efcc. PMID: 20410810.
8. Cocco E, et al. Nat Rev Clin Oncol. 2018 Dec;15(12):731-747. doi: 10.1038/s41571-018-0113-0. PMID: 30333516; PMCID: PMC6419506.
9. Gillison ML, et al. J Natl Cancer Inst. 2000 May 3;92(9):709-20. doi: 10.1093/jnci/92.9.709. PMID: 10793107.
10. zur Hausen H. Appl Pathol. 1987;5(1):19-24. PMID: 3040050.
11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/?term=Bloemena+Brakenhoff+HPV>
12. TNM Classification of Malignant Tumours, 8th edition 2016.
13. Nauta IH, et al. Ann Oncol. 2018 May 1;29(5):1273-1279. doi: 10.1093/annonc/mdy060. PMID: 29438466.
14. Lydiatt WM, et al. CA Cancer J Clin. 2017 Mar;67(2):122-137. doi: 10.3322/caac.21389. PMID: 28128848.
15. Poelman MR, et al. Ned Tijdschr Tandheelkd. 2021 Nov;128(11):557-563. Dutch. doi: 10.5177/ntvt.2021.11.21073. PMID: 34747166.
16. Poelman MR, et al. J Cancer Educ. 2018 Dec;33(6):1347-1354. doi: 10.1007/s13187-017-1257-9. PMID: 28741269; PMCID: PMC6280774.
17. Braakhuis BJ, et al. Semin Cancer Biol. 2005 Apr;15(2):113-20. doi: 10.1016/j.semcancer.2004.08.004. PMID: 15652456.
18. Leemans CR, et al. Nat Rev Cancer. 2018 May;18(5):269-282. doi: 10.1038/nrc.2018.11. Epub 2018 Mar 2. Erratum in: Nat Rev Cancer. 2018 Oct;18(10):662. PMID: 29497144.
19. Odell E, et al. Oral Dis. 2021 Nov;27(8):1947-1976. doi: 10.1111/odi.13993. Epub 2021 Sep 14. PMID: 34418233.
20. Wils LJ, et al. Mod Pathol. 2020 Jun;33(6):1033-1040. doi: 10.1038/s41379-019-0444-0. Epub 2020 Jan 2. PMID: 31896811; PMCID: PMC7280084.
21. Wils et al. Manuscript in preparation.
22. [Gedragscode Gezondheidsonderzoek 2022.pdf \(health-ri.nl\)](#)
23. [Kamerbrief over visie en strategie secundair datagebruik gezondheidszorg | Kamerstuk | Rijksoverheid.nl](#)
24. [Opleidingsplan NVVP november 2010_final \(pathology.nl\)](#)
25. Betz CL. J Pediatr Nurs. 2019 Jan-Feb;44:A7-A8. doi: 10.1016/j.pedn.2018.12.013. PMID: 30683288.
26. Nationale a(n)ios-enquête 2022 Gezond en veilig werken. De Jonge Specialist 2022.
27. Eckleberry-Hunt J, et al. J Grad Med Educ. 2018 Aug;10(4):378-381. doi: 10.4300/JGME-D-18-00466.1. PMID: 30154963; PMCID: PMC6108364.
28. World Economic Forum, Gender Gap 2023 (https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2023.pdf)
29. Landelijke Vereniging van Vrouwelijke Hoogleraren, Monitor Vrouwelijke Hoogleraren 2022 (<https://www.lnvh.nl/monitor2022/>)

