

hoofd- halsaandoeningen in de beste chirurgische handen

Kwaliteit in de behandeling van aandoeningen in het hoofd-halsgebied

(n.a.v. de Hoofd-Hals enquête gehouden onder de Nederlandse chirurgen 2005)

Inleiding

Oorspronkelijk werden operaties in het Hoofd-halsgebied door algemeen chirurgen verricht, maar geleidelijk is een deel van deze ingrepen overgenomen door KNO-artsen en Kaakchirurgen. Dit betreft vooral planocellulaire carcinomen in de mond- keelholte. De behandeling hiervan is veelal multidisciplinair en vindt nu vrijwel uitsluitend plaats in door de Nederlandse Werkgroep Hoofd-Hals Tumoren (NWHHT) erkende centra.

De behandeling van complexe aandoeningen van de huid, speekselklieren, schildklier en bijschildklieren wordt veelal door “algemeen”chirurgen verricht. Per jaar worden in Nederland circa 3000 schildklier-, 600 bijschildklier- en 1700 speekselklieroperaties uitgevoerd. Het bestuur van de NVVH, de NVCO en de Werkgroep Endocriene Chirurgie vinden dat de kwaliteit van deze operaties op hoog niveau gewaarborgd dient te worden. Ter inventarisatie van de huidige situatie en van de toekomstideeën heeft de NVCO in samenspraak met de Werkgroep Endocriene Chirurgie van de NVVH de “Hoofd-Hals enquête” opgesteld en verzonden naar alle Nederlandse Heelkundige klinieken. De in dit artikel genoemde aandoeningen betreffen de zeldzamere aandoeningen en ingrepen die veelal specifieke kennis en vaardigheden vereisen, zoals in de enquête zijn weergegeven.

Resultaten van de enquête

De respons op de enquête was 93%, 97 geretourneerde formulieren uit 104 aangeschreven klinieken. De resultaten van de enquête worden samengevat weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. **hoofd-hals-enquete**

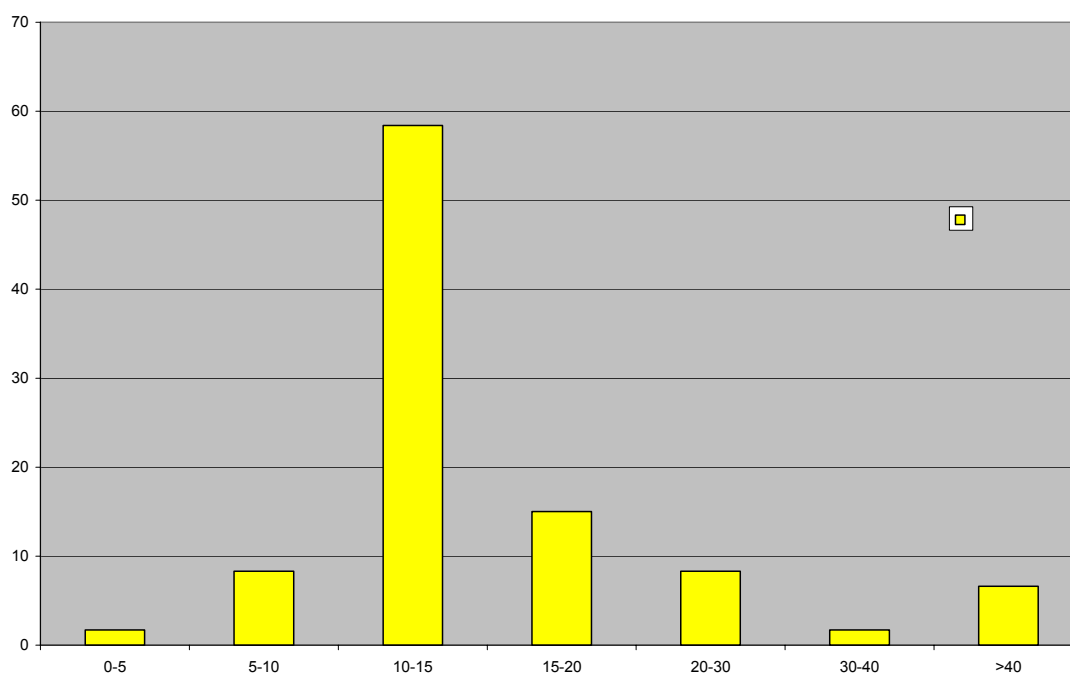
	% expertise aanwezig	% aantallen / jaar			% behoud voor chirurgie
		0-5	5-10	>10	
mond-keelholte	10	40	50	10	16
speekselklieren		17	48	35	91
benigne	83				
maligne	50				
schildklier					99
benigne	98	5	14	82	
maligne	81	61	26	12	
bijschildklier	86	47	32	20	90
halsklierdissectie	40	75	18	7	90

de getallen zijn percentages klinieken t.o.v. het totaal aantal geënquêteerden

In 10% van de responderende klinieken (waaronder vier universitaire centra) zijn één of meer chirurgen betrokken bij de behandeling van tumoren van de mond- keelholte. Echter slechts in één kliniek betreft het meer dan 10 patiënten per jaar.

In meer dan 90% van de klinieken willen de chirurgen de behandeling van aandoeningen in speekselklieren, schildklier en halsklieren behouden. Het percentage klinieken waar per jaar meer dan 10 patiënten worden behandeld is voor: speekselklieren 35, benigne schildklier: 82, maligne schildklier: 12, bijschildklieren: 20 en halsklierdissecties 7. Volgens opgave participeert de chirurg in 59% van de klinieken in een multidisciplinair team voor endocriene pathologie.

Figuur 2.



Figuur 2. toont het minimum aantal operaties dat de geënquêteerden nodig achten om voldoende expertise te hebben voor het verrichten van complexe hoofd-halschirurgie. Hieruit blijkt dat 90% van de respondenten een minimum aantal van 10 noodzakelijk vindt. Tweederde van de respondenten wil transparantie naar het publiek wat betreft centra voor complexe hoofd-hals-aandoeningen. Een kwart van de respondenten heeft echter wel bezwaar tegen openbaring van de specifiek aangeleverde gegevens.

Discussie

De uitkomsten van deze enquête over hoofd-hals chirurgie berusten veelal op (in-)schattingen van chirurgen die in de klinieken de meeste ingrepen in het hoofd/halsgebied verrichten. Gezien de opgegeven aantallen lijken sommige schattingen in vergelijking met epidemiologische gegevens optimistisch. Zo worden er per jaar in Nederland circa 400 nieuwe schildkliercarcinomen gediagnosticeerd. Hiervan worden er tenminste 100 in een beperkt aantal centra geopereerd. Ofwel het gemiddeld aantal carcinomen per kliniek is minder dan 3 per jaar. De ervaring met centrale halsklierdissectie kan dus niet uitgebreid zijn. In vrijwel alle centra beweert men deze lastige ingreep te beheersen.

Mond- keelholte

De plaats van de chirurg bij aandoeningen van de mond- keelholte is zeer bescheiden geworden. Kaakchirurgen en KNO artsen zijn veelal beter toegerust in het onderzoek van dit gebied. De rol van de chirurg bij de halsklierdissecties dient echter niet te worden gebagatelliseerd. Aan te bevelen is dat bij deze behandelingen ervaren chirurgen participeren in een multidisciplinair team, eventueel op consultbasis.

Speekselklieren

Het merendeel van de speekselkliergezwellen bevindt zich in de glandula parotidea. Hiervan is meer dan 80% goedaardig. Bij circa 90% van de speekselkliertumoren is de aard reeds preoperatief vast te stellen evenals de operabiliteit. Soms blijkt de preoperatieve diagnostiek ons in de steek te hebben gelaten en komt men tijdens de operatie voor verrassingen te staan. Er dient dan bijvoorbeeld besloten te worden om door tumor omgroeide zenuwtakken vrij te prepareren of deze op te offeren. Kennis van het biologisch gedrag van de diverse tumoren in dit gebied en uitgebreide operatieve ervaring zijn dus essentieel bij de behandeling van deze aandoeningen.

Schildklierchirurgie

Schildklieroperaties worden in vrijwel alle heelkundige klinieken uitgevoerd. De meeste operaties worden verricht vanwege mechanische of cosmetische bezwaren of een enigszins voor maligniteit verdachte solitaire nodus. Vervelende complicaties hierbij zijn met name schade aan de n. recurrens en bij dubbelzijdig operatie hypoparathyreoidie. Maligniteiten van de schildklier zijn vrij zeldzaam en het opereren ervan vereist extra kennis en specifieke vaardigheden. Zo moet de chirurg de expertise hebben om zonodig direct een adequate centrale halsklierdissectie te verrichten. Bij het zeldzame medullaire schildklier carcinoom is de situatie nog complexer. Doordat de behandeling van tumorresten met radioactief jodium geen zin heeft dient de thyreoïdectomie voor deze tumor zeer radicaal verricht te worden, tegelijk met een secure dissectie van de regionale lymfeklierstations. Binnen de CBO werkgroep "Schildklier carcinoom" is het concept ontstaan om t.a.v. de behandeling van schildklier aandoeningen ziekenhuizen en/of multidisciplinaire (regionale?) teams in te delen in diverse levels. Waarbij goede kwaliteit van zorg in het lagere level ziekenhuis van de niet-complexe schildklierchirurgie, en in het hogere level (ook) van de complexe schildklierchirurgie is gewaarborgd. Kwaliteitseisen voor de diverse levels dienen te worden opgesteld.

Bijschildklieren

Bijschildklierchirurgie wordt in vrijwel alle heelkundige klinieken verricht. Voor deze chirurgie geldt bij uitstek dat de eerste operatie met maximale kans van slagen moet worden verricht. Een reoperatie in dit gebied wanneer de afwijkende bijschildklier(-en) niet bij de eerste ingreep is gevonden is zeer lastig en geeft een zeer grote kans op schade aan de n. recurrens en op hypoparathyreoidie. In meer dan 50% van de klinieken worden niet meer dan 5 van deze operaties per jaar verricht.

Halsklierdissecties

De meeste halsklierdissecties worden gedaan vanwege de grote kans op of aanwezigheid van lymfekliermetastasen uitgaande van tumoren in de mond- keelholte. Doordat de behandeling van deze gezwellen geschiedt door centra aangewezen door de Nederlandse werkgroep voor Hoofd-Halstumoren is de ervaring met deze ingrepen door de Nederlandse chirurg sterk

afgenomen. Toch zijn er indicaties gebleven van aandoeningen waar de KNO-artsen en Kaakchirurgen geen expertise over hebben, zoals metastasen van het schildkliercarcinoom en het melanoom. Voor adequate behandeling dient de operateur te beschikken over gedegen kennis van het biologisch gedrag van de tumor en ruime ervaring met halsklierdissecties. De theoretisch slimme oplossing door samenwerking tussen twee disciplines waarvan de één de kennis heeft en de ander de operatietechniek beheerst biedt daarbij zeker geen garantie voor goede kwaliteit. Veel wenselijker is dat deze twee eigenschappen vertegenwoordigd zijn in één persoon of liever in meer personen, die gezamenlijk deze operatie verrichten.

De tijden staan niet stil. De “algemeen” chirurg die nog “alles kan opereren” wordt een zeldzaamheid. Nadere specialisatie met “bewijzen” van goede kwaliteit worden steeds meer door de maatschappij geëist. Voor vele (heelkundige) aandoeningen worden prestatie-indicatoren bedacht om te trachten de kwaliteit van zorg meetbaar te maken. Men tracht op deze wijze de patiënt te garanderen dat zij de best mogelijke zorg krijgt. Daarbij wordt voor de chirurgie nogal eens het aantal operaties als maat gebruikt. Uiteraard is alleen het doen van veel ingrepen geen garantie voor kwaliteit. Toch is het hanteren van een minimum aantal ingrepen als surrogaat voor goede kwaliteit van zorg niet onlogisch. Vaak wordt als kwaliteitcriterium voor het doen van complexe behandelingen een minimum aantal van 10 ingrepen per jaar gehanteerd. Dit aantal is ook door 90% van de geënquêteerden als minimum aangegeven.

Wanneer wij binnen de NVVH het huidige deel van de hoofd/halschirurgie op goed niveau willen blijven verrichten dient aan een aantal kwaliteitseisen voldaan te worden:

1. door de relatieve zeldzaamheid van deze aandoeningen is concentratie sterk gewenst en dienen per kliniek één en liefst 2 chirurgen zich met deze chirurgie bezig te houden. Deze chirurgen dienen voldoende schildklieroperaties per jaar te verrichten. Wanneer een arbitrair minimum van gemiddeld 10 ingrepen per jaar wordt gehanteerd kan in vrijwel alle Nederlandse klinieken schildklierchirurgie voor niet maligne aandoeningen worden verricht. Door de zeldzaamheid van de maligne schildklieraandoeningen dient, zeker wanneer ervaring met (centrale) halsklierdissecties ontbreekt, deze behandeling in een centrum met ruime ervaring plaats te vinden. Hetzelfde geldt voor speekselklier-chirurgie, bijschildklierchirurgie en halsklierdissecties. Men dient per kliniek vast te stellen welke ingrepen wel en welke niet kunnen worden verricht en welke chirurgen deze ingrepen uitvoeren.
2. de chirurg dient voldoende ervaring op dit gebied, of een deel ervan, te hebben. Hij dient de richtlijnen te kennen en regelmatig de operaties voor deze aandoening te verrichten.
3. participatie in een lokaal/ regionaal hoofd/halsteam respectievelijk endocrienologisch team is zeer wenselijk.
4. adequate bij- en nascholing dient regelmatig te worden gevolgd
5. er dient een structurele opleiding te komen in de hoofd/hals/chirurgie of eventueel delen daarvan

6. de NVVH moet het publiek kunnen garanderen dat de behandeling van aandoeningen in het hoofd/hals gebied door chirurgen op kwalitatief het hoogste niveau plaats vindt.

Er zijn nog geen prestatie-indicatoren voor de behandeling van hoofd-halsaandoeningen. Hierop moet niet gewacht gaan worden. Wanneer de NVVH de behandeling van hoofd-halspathologie binnen haar pallet wil behouden en versterken dient een proactieve houding te worden aangenomen. Op zo kort mogelijke termijn dienen consequenties te worden verbonden aan de 6 bovengenoemde aanbevelingen. De grote kracht van participatie van de “algemeen chirurg” bij de behandeling van aandoeningen in het hoofd-halsgebied zit hem o.a. in de grote, brede chirurgische kennis en ervaring en de holistische beoordeling van de patiënt. Het grote belang van deze, voor de chirurg kenmerkende, eigenschappen bij de behandelingen van patiënten kan niet genoeg worden benadrukt. Wanneer wordt voldaan aan transparante hoogstaande kwaliteit van zorg vertrouwt het bestuur van de NVVH erop dat chirurgen hun leidende rol kunnen handhaven en verstevigen bij de behandeling van de vele, niet aan de mond-keelholte gerelateerde hoofd-halsaandoeningen.