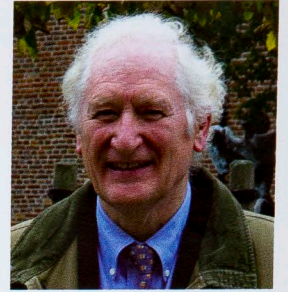


Een gesprek met
Professor Eric Fossion,
Emeritus KU Leuven

Graag even een korte schets van uw succesrijke loopbaan!



Ben geboren te St-Truiden op 25/10/1943. Afgestudeerd geneeskunde te Leuven 1968. Tandheelkunde erbij 1971.

Algemeen chirurg 1974. Plastische heelkunde Londen 1976. Als specialist plastische gelaatsreconstructie van kankerpatiënten werd ik in 1977 adjunct-docent naast Prof. Bossuyt (Stomato). Prof. De Bont als hoofd en coördinator, kon het subtiële evenwicht handhaven tussen beide diensten. De Stomatologie en Maxio-faciale chirurgen behandelen enkel het bot, terwijl ik enkel het weke weefsel in hoofd en hals behandel. Door deze perfecte scheiding kan mijn dienst hals-en aangezicht heelkunde groeien tot een dienst met het nodige aanzien, waar ORL- en plastische chirurgen in opleiding graag komen bijleren.... Met de andere diensten zoals parodontologie, ortho, en conserverende zijn er nooit grote meningsverschillen geweest.... Toch was er altijd een zekere argwaan dat ik teveel patiënten uit de andere diensten zou aantrekken, zeker na het emeritaat van Prof. Bossuyt.

De diensten Paro, ORL, en plastische heelkunde konden niet aanvaarden dat ik het hoofd zou worden van één grote dienst maxio-faciale/hoofd en hals. Daarom stelde ik voor één grote operatie-cel te leiden, waarbij de raadplegingen binnen de verwijzende diensten zouden blijven, zodat deze niet leeggezogen werden. Ook dit werd niet aanvaard.

Alhoewel mijn droom Leuven bleef, besloot ik "deeltijds" Hoogleraar te worden (1994). Ik zou mijn opvolging niet hinderen gezien ik jaarlijks zou herbenoemd worden. Mijn "hoofd"activiteit verhuist naar het Middelheim ziekenhuis te Antwerpen waar een massa patiënten wacht op aangezichtsreconstructie. Patiënten helpen, is mijn leven.

Mijn emeritaatviering te Leuven is dus een erkenning van een "lege" professor.

Hoe kijkt U terug op uw loopbaan?

Ik had een ongelooflijk geluk met de timing!!

U moet weten dat tussen 1974 en nu, 90% van alle basistechnieken in de plastische reconstructie zijn ontwikkeld. In 1974 stond het draaien van een flap nog in zijn kinderschoenen. De doorbloeding van de gesteelde flap geraakt beter gekend. Grote flaps worden mogelijk. Microchirurgie laat het transplanteren van niet- gesteelde flaps toe. Grotere blokken huid met bindweefsel en onderliggend bot worden aan een juiste arterie gehecht. Nu worden deze grotere blokken zelfs bij donoren gehaald.

De overige 10% van het plastische reconstrueren zal bestaan uit een verder verfijnen van de bekende technieken, het aanhouden van donorgegevens en het kweken van stamcellen.

Het vinden van voldoende stamcellen is een groot probleem. Het invriezen van je eigen navelstrengbloed tot het eventueel later nuttig zou zijn, is economisch niet haalbaar. Worldwider zijn nog maar 5 reconstructies met stamcellen uitgevoerd.

Een aantal stamcellen in een kaakvorm-module, overgoten met wat groeifactoren en in een spier ingeplant, groeien uit tot een ware kaakvorm. Na 5 maand wordt de kaakvorm met het nodige spierweefsel en bloedvaten getransplanteerd naar het aangezicht. Ook deze techniek is economisch niet haalbaar.

Ik ben net op tijd gestopt! Naast het verfijnen van onze technische vaardigheden, kent de radiotherapie en ook de oncologie/chemotherapie een versnelde evolutie. Deze "Biotherapie" wordt een enorm complex gegeven. Men werkt met anti-groeifactoren, met het wegnippen van een oorzakelijk gen, met tumorremmers. Het is voor de jonge chirurg niet meer te volgen. Wat doe ik het best: heelkunde, radio, chemo? Er ontstaat ook een enorm moreel probleem! Een behandeling van een kankerpatiënt kost al snel 15.000 euro....De jonge chirurgen moeten samenwerken in kleine groepen, zich laten begeleiden, bijwerken en controleren.

Ik mag gerust stellen dat ik op het juiste moment begonnen ben, en op het juiste moment gestopt.

U lijkt mij bezorgd om de jonge tandartsen en chirurgen!

Inderdaad. Laat het mij als volgt schetsen. Ik beschouw de tandheelkunde als een specialisatie binnen de geneeskunde. Deze specialisatie "algemene" tandheelkunde wordt verder opgesplitst in sub-specialisaties. Een algemene kliniek tandheelkunde bestaat er niet meer. De student in opleiding ziet niet meer wat een goede algemene tandarts allemaal zou moeten kunnen. Iets moeilijke behandelingen worden meteen verwezen naar ortho, paro, endo en... stomato. Eerstejaarsassistenten volgen de student, terwijl meer ervaren assistenten en de prof de moeilijke gevallen behandelen "en petit comité". De student mist aldus heel wat inzichten. De jonge afgestudeerde tandarts zou erg enthousiast zijn praktijk kunnen openen, maar durft heel wat behandelingen niet uitvoeren en wordt herleid tot een doorverwijzer naar specialisten. Gevolg: de algemene arts stelt enkel eenvoudige behandelingen en de specialist moet zich bezig houden met behandelingen beneden zijn niveau. De parodontoloog moet 80% van zijn tijd reinigen, de stomatoloog degradeert tot exodontist. Men is dan verwonderd dat er zoveel zelfmoorden gebeuren in de tandheelkundige wereld! Nb: enkel de endodontist strijkt grote bedragen op voor al te eenvoudige ontzenuwingen....

De overheid draagt hier een verpletterende verantwoordelijkheid. Het delegeren moet niet naar boven toe gebeuren, maar naar onder. Het reinigen en geven van hygiëne-instructies moet gedelegeerd worden naar betaalbare assistenten en mondhygiënist.

Een specialisatieopleiding zou pas mogen starten na minstens 3 jaar algemene ervaring...

Het ontbreekt de beleidsmakers echter aan politieke moed en inzicht om de universiteit te despecialiseren.

U pleit voor een meester - leerling opleiding?

Een goed vakman is hij die binnen zijn vakgebied alles zelf beheerst. Slechts de uitzonderlijk moeilijke behandelingen worden doorverwezen. Zijn leerling(stagiair) komt naast hem zitten om met zijn ogen te stelen en alle trucs aan te leren.

Ik pleit dus voor minstens één stagejaar. De stagemeester moet dan wel een ervaren iemand zijn, die graag zijn kennis doorgeeft. Het doorgeven van ervaring is een onmiskenbare meerwaarde voor de samenleving.

U wil nog iets zeggen?

Heel wat ervaring gaat ook verloren binnen de universiteit. Heel wat kennis gaat verloren bij

het emeritaat van "grote" professoren. Deze mensen werkten veelal zonder geldbejag en kunnen de universiteit een retour naar waardering geven. Mensen moeten door de universiteit gedragen worden, anders dragen ze zichzelf! Een beroepsvereniging zoals de VBT kan deze mensen laten opkomen. Deze mensen kunnen een aantal waarden, tegen de stroom in, naar voor brengen. De overheid van zijn kant moet de universiteit terug de nodige standing geven, onderzoek actief ondersteunen, wereldcongressen helpen organiseren en sponsoring toelaten aan mensen die iets bijbrengen aan de wetenschap.

Wat moet de algemene tandarts kennen van mondkanker?

De algemene tandarts is een mondarts. Bij elke behandeling kijkt de tandarts even rond in de mond. Hij kent de specifieke beelden en plaatsen van Lichen-Planus, leucoplakie en ulcerende letsels.



Onregelmatig letsel met harde kern: carcinoma



Erythroplakie hard = carcinoma



Leukoplakie nu verrukeus carcinoma



Lichen planus

Bij twijfel, verwijst hij tijdig naar de specialist. Allerlei hulpmiddeltjes, zoals speciale lampen, zijn echt niet nodig. Palperen van hals en nek zijn zeker geen routine behandelingen voor de tandarts.

Professor, wilt u nog iets realiseren?

Niet echt!

Wij kregen 7 kleinkinderen op 4 jaar tijd. Echt fantastisch.

Genieten van het nietsdoen.

Mijn algemene interesse voor cultuur vooral beeldende kunst, én politiek blijft bewaard.

Verder op de achtergrond muziek spelen in de fanfares van wetenschappelijke- en beroepsverenigingen.

**Hartelijk dank Professor,
bedankt voor uw boeiende
vertelling.
Het gaat U goed.**

Fernand Vandekerckhove

