

“Onderzoek gaat uiteindelijk om clinical impact waar onze patiënten wat aan hebben”

Bijzonder hoogleraar Chirurgische Oncologie **Emiel Rutgers** is de nieuwe nummer 1 in de jaarlijkse H-index top 100. Volgens de database Web of Science Core Collection had hij begin december 642 gepubliceerde artikelen achter zijn naam staan, waarbij een citatiecijfer (H-index) van 70 vermeld wordt.

Door: Hidde Kroon

Gefeliciteerd met uw nummer-1-positie! Wat gaat er door u heen?

“Ik zag het natuurlijk wel een beetje aankomen nu Cock met emeritaat is. Desondanks vind ik het een eer en ben ik best een beetje trots. Tegelijkertijd vind ik het ook grappig: ‘Wie had dat 30 jaar geleden kunnen denken?’ zei mijn vrouw toen ik het haar vertelde. ‘Dit moet je aan Piet Borst vertellen.’ Toen ik ooit in het AvL wilde komen werken, keek Piet naar mijn proefschrift, gooide het naast zich neer en zei: ‘Hier gaan we het dus niet mee redden, hè?’ Gelukkig maakte Joop van Dongen zich indertijd wel sterk voor mijn komst en werd ik aangenomen. Afgelopen week liep ik Piet Borst nog tegen het lijf in het AvL. Hij is inmiddels 85 jaar en nog steeds nauw betrokken met onderzoek. Ik vertelde hem over mijn nummer-1-positie, waarop hij zei: ‘Surgical research; een comic opera, maar niettemin gefeliciteerd’.”

Wat was voor u de reden om u naast het klinische werk ook op het onderzoek te storten?

“Dat was eigenlijk een vanzelfsprekendheid. Naar mijn mening bestaat goed klinisch werk niet zonder klinisch onderzoek. Toen ik als jonge dokter begon te werken was ik nieuwsgierig, maar ook vaak ontevreden en onzeker, omdat wat we deden in veel gevallen zonder goed wetenschappelijk bewijs gedaan werd. Er was nog veel te verbeteren op het gebied van de oncologische uitkomsten en bijwerkingen. Hoe trots was ik op mijn duizendste

okselsklierdissectie en hoe beschaamd kijk ik erop terug met de kennis van nu. Vroeg in mijn carrière onderging 75% van alle vrouwen met mammacarcinoom een okselsklierdissectie in ons ziekenhuis, tegenwoordig is dat nog maar 3%. Natuurlijk heeft ook de onderzoekssfeer in het AvL mijn nieuwsgierigheid extra geprikkeld: een soort van noblesse oblige. Ik genoot ervan om met collega's als Van Dongen, Zoetmulder, Nieweg en Kroon te sparren. Daarbij vooropgesteld: alles wat ik heb, heb ik van een ander, en mijn stelregel is: omring je altijd met mensen die beter zijn dan jijzelf. Die relativerende gedachten begeleiden mij. Ik heb er bijvoorbeeld nooit van gedroomd om professor te worden, dat overkwam me. Toch heeft

betekenen voor de individuele patiënt, vond ik schitterend. Ook ben ik aan het begin voor drie maanden met minisabbatical gegaan om in het lab zelf de micro-arrays te gaan doen, om het te snappen en uit te kunnen leggen aan collega's. Met een blik in de toekomst denk ik dat over tien jaar het merendeel van de solide tumoren op basis van het genetische profiel van de tumor en van de 'host' neoadjuvant behandeld zullen worden. Wij chirurgen zullen dan pas in de picture komen voor salvage treatment, dus wij moeten de basis van alle nieuw-systemische behandelingen wel snappen. Het tweede onderzoek waar ik trots op ben is de AMAROS-studie, vooral vanwege het brede succes. Iedereen wilde meedoen, want voelde dat we hier

“BLIJF JE VERDIEPEN IN DE BIOLOGIE, DIE ZAL LEIDEND WORDEN, NIET DE ANATOMIE”

het ook deuren geopend. Je komt net wat gemakkelijker bovendien in commissies en netwerken. En het begeleiden van promovendi geeft energie; het is leuk en belangrijk werk.”

Op welk onderzoek bent u het meest trots?

“Dat zijn er twee. Het eerste is de MINDACT, de Mammaprint en al het onderzoek dat eraan voorafging. Het goed met elkaar nadenken – vooral met Laura van 't Veer, Hans Peterse en Sjoerd Rodenhuis – wat de prognostiek zou

veel vrouwen mee zouden kunnen helpen. De hele studie heeft ook vier promovendi opgeleverd.”

Uw H-index is 70, dat is hoog, maar de achtervolgers zitten u op de hielen. In andere landen is er vaak één onbetwiste nummer 1 met een 'triple digit' H-index, met daarna lange tijd niets. Wat doen wij in Nederland anders?

“Dat vind ik juist zo enorm sterk aan Nederland. We delen het gevoel dat we iets extra's voor onze patiënten willen doen en



Emiel Rutgers

zetten daarbij gemakkelijker ons ego opzij. We houden het niet voor onszelf, maar doen het samen. Iedereen die wil, kan mee doen. Het resultaat is veel auteurs in high-impact-journals. We hebben daarnaast natuurlijk ook wel een aantal andere dingen mee: we zijn een rijk en dichtbevolkt land met korte lijnen, goede overlegstructuren, nationale databases en patiënten die graag aan onderzoek mee willen doen.”

Wat vindt u van de stand van de wetenschap in chirurgisch Nederland?

“Over het algemeen is het klinisch onderzoek in Nederland van hoog niveau. Er worden veel relevante studies ogenschijnlijk gemakkelijk opgezet en uitgevoerd, vaak multicenter. We zijn daarbij leidend in de wereld. Wat beter kan is de funding. Het blijft een uitdaging om het geld bij elkaar te sprokkelen. De MINDACT bijvoorbeeld kostte alles bij elkaar rond de 40 miljoen euro dat we door heel veel werk met vele fondsen, grants en

sponsoring bij elkaar hebben gekregen. Maar we blijven stug door gaan. Vooral door de extra inzet van velen maken we het waar.”

Eén van uw uitspraken gericht aan jongere collega's is: 'Je H-index wordt vanzelf hoger, je hoeft er alleen maar oud voor te worden'. Over een aantal jaar zal u ook met emeritaat gaan. Wie zou u zelf graag zien als uw opvolger?

“De H-index is natuurlijk maar relatief en wellicht meer van waarde als benchmark voor mid-career collega's tussen de 40 en 55 jaar, dan op mijn leeftijd. Eenmaal op leeftijd zegt de H-index niet zo zeer meer iets over wat je nu aan het doen bent. Als opvolger mogen van mij zij die echt *practice changing* onderzoek doen, hoog komen en dan denk ik aan Rob Tollenaar of bijvoorbeeld Marja Boermeester; zij heeft tegen de stroom in veel heilige huisjes in de abdominale chirurgie omgegooid.”

Welke tip zou u willen geven aan de generatie onderzoekers na u?

“Blijf nieuwsgierig en denk breed. Ons chirurgisch onderzoek is sterk klinisch gericht en dat is goed. Blijf toetsen dat wat we op OK doen, ook goed is. Het is namelijk nogal wat dat we continue de integriteit van het lichaam schenden, al is het met toestemming van de patiënt. In tegenstelling tot andere landen hebben we in Nederland weinig chirurgen die basaal wetenschappelijk onderzoek doen in een eigen lab. Toch moet je veel van de biologie van de tumor snappen. De neoadjuvante behandelingen nemen de overhand, doelgerichte therapieën zijn effectief in de praktijk en er komen er vele aan. Dus blijf je verdiepen in de biologie; die zal leidend worden, niet meer de anatomie. Chirurgen zijn anatomische denkers, maar de shift zal komen. Wait and see na chemo- en/of radiotherapie en de huidige immunotherapieën zijn nog maar de eerste voortekenen.” ➔

Wat zou u aan uw voorganger, Van de Velde willen zeggen?

“Hij is een helder denker, een super netwerker en heeft altijd *practice changing* onderzoek voor ogen gehouden met de patiënt in het vizier. Daarmee heeft hij enorm veel voor elkaar gekregen.”

De NTvH H-indexlijst is inmiddels een begrip. Wat vindt u dat we aan de lijst kunnen verbeteren?

“De GE en oncologie scoren hoog, hoger dan bijvoorbeeld de vaat of trauma. Dat komt natuurlijk door veel publicaties vanuit deze hoek, maar ook doordat GE- en

oncologie- artikelen nou eenmaal meer geciteerd worden. Een corrigerende factor zou dus een mogelijkheid kunnen zijn om de vaat en trauma de kans te geven op een hogere notering.

Aan de andere kant zullen de vaat en trauma ook hoger scoren als er nog meer getoetst wordt. Het verschil zou dus kunnen liggen in het type onderzoek waardoor oncologisch onderzoek makkelijker in high impact journals komt. Zo was ik vroeger bij de trauma (want dat doe ik al een eeuwigheid niet meer) toch wel verbaasd welke implantanten zonder tussenkomst van een studie zomaar geplaatst werden. Dat verleden kleeft nog

aan ze, heb ik het gevoel. Bij de vaat gaat dat beter, terwijl bij de oncologie het ondenkbaar zou zijn dat een nieuwe behandeling niet getoetst wordt. Toch zou ik iedereen op het hart willen drukken dat aan het eind van de dag een lijstje leuk is, maar onderzoek gaat uiteindelijk om clinical impact waar onze patiënten wat aan hebben.”

Publiceert u uw volgende studie in het NTvH?

“Dat is goed. Ik heb nog wel iets op de plank liggen. Een cadeautje. Iets over de rare Nederlandse gewoonte dat we ons zo erg aan de richtlijn houden?” ■

Cartoon

