Interview: Hugo Touw
Tekst: Tessa Vogelaar

Saskia Middeldorp over haar onderzoek naar trombose en trombofilie

‘Evidence verzamelen voor speciale populaties is een belangrijke drijfveer’

Prof. dr. Saskia Middeldorp kreeg in oktober 2021 de Hijmans van den Bergh-penning uitgereikt. Een bijzonder moment, want de in binnen- en buitenland gerespecteerde internist en onderzoeker op het gebied van trombose en trombofilie is de eerste vrouw ooit die deze prijs in ontvangst mag nemen. Dat ze een rolmodel is voor jonge vrouwelijke dokters wist Middeldorp al, maar waardering in deze vorm van haar Nederlandse collega’s noemt ze ‘fantastisch’. Hugo Touw ging met haar in gesprek over drijfveren, trombose-onderzoek bij zwangeren en het tegengaan van versnippering in de zorg.

Je hebt onlangs de Hijmans van den Bergh-penning uitgereikt gekregen. Hoe heb je dit ervaren?

Dat ik deze penning mocht ontvangen vond ik geweldig, maar ik voelde me er ook een beetje ongemakkelijk bij: er zijn zoveel andere goede internisten. Bovendien heb ik nog een aantal jaren te gaan. In mijn beleving is dit een prijs die je als internist in principe pas toekomt aan het einde van je carrière, uitzonderingen daargelaten. Tegelijk vind ik het een enorme waardering voor wat ik voor het vak doe. In het juryrapport staat dat voor mij is gekozen omdat ik niet alleen wetenschappelijk succesvol ben, maar dit combineer met mijn werk als internist in de volle breedte én mijn specifieke expertise – iets wat mij na aan het hart ligt.
Dat ik als rolmodel word gezien voor jonge, vooral vrouwelijke onderzoekers en dokters, was mij al bekend. Maar dat zowel de mensen die mij hebben genomineerd als de jury dit zo waarderen, is natuurlijk fantastisch. Daarnaast is het heel bijzonder om van je eigen Nederlandse collega’s zo’n waanzinnige onderscheiding te krijgen.

De focus op generalistisch internist zijn in een versnipperde zorgsector is herkenbaar. Hoe kun je als dokter toch generalistisch blijven in deze trend van specialiseren?

Het is natuurlijk ontzettend comfortabel om van één ding heel veel te weten. En voor sommige patiënten kun je op deze manier heel veel betekenen. Daar hecht ik ook heel erg aan. Maar als we de patiëntenzorg van iets meer afstand bekijken, dan is het geen goede zaak dat één patiënt heel veel verschillende dokters heeft. Het is voor niemand goed als iedereen aan een heel klein stukje patiënt aan het sleutelen is. Daarom pleit ik al heel lang voor het behoud van een brede basis. In jouw vak bijvoor-

’ Gedownload door: [anoniem] op 29-03-2024 17:00:30 ’



CURRICULUM VITAE

Prof. dr. Saskia Middeldorp (1966, Amsterdam) is opgeleid tot arts en internist in Amsterdam, en daar gepromoveerd op trombose en trombofilie. Na haar opleiding tot internist vervolgde zij haar carrière als staflid-internist in het AMC. Van 2006 tot 2010 werkte zij in het Leids Universitair Medisch Centrum. Vervolgens keerde Middeldorp terug in Amsterdam als hoogleraar Inwendige Geneeskunde in het AMC. Zij werd co-afdelingshoofd van de afdeling Vasculaire Geneeskunde en gaf leiding aan de onderzoekslijnen op het gebied van trombose en hemostase. Op 1 januari 2021 werd Middeldorp benoemd tot hoogleraar Interne Geneeskunde aan de Radboud Universiteit/het Radboudumc. Deze leerstoel hoort bij de functie van hoofd van de afdeling Interne Geneeskunde die ze sindsdien eveneens uitoefent. In oktober van dit jaar kreeg Middeldorp – als eerste vrouw ooit – de Hijmans van den Bergh-penning uitgereikt.

(Bron: Radboudumc)

’ Gedownload door: [anoniem] op 29-03-2024 17:00:30 ’

beeld: als een intensivist gespecialiseerd in een bepaalde beademingstechniek of in de ECMO een patiënt niet kan opvangen, waar ben je dan eigenlijk mee bezig? Daar kun je tegen inbrengen dat je op de Interne Geneeskunde als team werkt met een deel algemene internisten en allerlei gedifferentieerde collega's, maar ik ben er voorstander van dat iedere collega met een differentiatie ook de breedte behoudt.

Hoe zorg je daarvoor?

Bijvoorbeeld door diensten te blijven doen en jezelf generalistisch bij te scholen. Ook wanneer je al lang in het vak zit, kun je kiezen voor een cursus spoedopvang voor internisten. Daarmee toon je je juist kwetsbaar.
De huidige generatie jonge klare internisten heeft bijvoorbeeld een echocursus gedaan en het afdelingshoofd niet: je kunt dan zeggen dat het weinig nut heeft om deze ook nog eens te volgen, omdat je te oud bent, of omdat het volume te laag is. Maar als hypothetisch voorbeeld: wanneer je met z'n allen hebt afgesproken dat iedere internist dit tijdens diensten moet kunnen, dan is het verstandig dat ook het afdelingshoofd die cursus volgt. Wij discussiëren ook over de mate van differentiatie binnen onze afdeling, maar zorg er op z'n minst voor dat je voldoende mensen binnen een team hebt die wel van de breedte zijn. En nogmaals: niet meer dan één internist per patiënt. Ik weet dat dit niet altijd lukt, maar het principe vind ik belangrijk om na te streven.

Ik las ergens dat jij zegt: wanneer het je aan kennis ontbreekt, vraag dan een collega advies of lees je in.

Ja, precies. Binnenlopen bij elkaar of even bellen, daar leer je van!

Je bent de eerste vrouw die deze penning ontvangt en een inspiratie voor veel jonge vrouwen, en mannen natuurlijk ook. In de COVID-crisis heb je bijvoorbeeld je stem laten horen in het debat over vaccinaties en stollingscomplicaties. Wat is de drijfveer achter je leiderschap?

Mijn intrinsieke drijfveer is om dingen binnen mijn eigen vermogen zo goed mogelijk te doen. Blijkbaar spreekt dit veel mensen aan. Ik ben in de eerste plaats dokter geworden om een goede dokter te zijn, en niet om ergens afdelingshoofd te worden. Onderzoeker worden stond evenmin in mijn planning. Maar veel dingen hebben zich organisch ontwikkeld, omdat ze me goed afgingen.

In deze fase merk ik dat ik het heel leuk vind om aan een team te bouwen en mensen te laten groeien, zoals mij



ook ooit een fijne omgeving is geboden waarin ik kon groeien. Het kunnen bieden van zo'n omgeving voor anderen, daar geniet ik nu enorm van. Je kunt allerlei regels opleggen aan anderen, maar voorbeeldgedrag werkt denk ik het beste. En voorleven is het gemakkelijkst wanneer je dicht bij jezelf kunt blijven.

Als je jouw leiderschap verder zou mogen doorvoeren in het ziekenhuis, wat zou je dan morgen nog veranderen?

In het Radboudumc is er ooit voor gekozen om de afdeling Interne Geneeskunde op te knippen; Hematologie, Nierziekten en Oncologie zijn aparte afdelingen. Dit was waarschijnlijk om zaken in het kader van *span of control* behapbaar te houden. Hoewel er uitstekend wordt samengewerkt, zou ik liever het 'moederschip' weer wat dichterbij willen brengen. Op die manier denk ik dat de menskracht effectiever wordt ingezet. Op het moment dat je de Interne Geneeskunde weer tot één geheel maakt, kunnen collega's gemakkelijker tussen afdelingen worden uitgewisseld. Als het aan mij lag, zou ik de schotten tussen deze afdelingen per direct omlaag brengen.

' Gedownload door: [anoniem] op 29-03-2024 17:00:30 '

Welke levensles zou je jonge collega's willen meegeven?

Ik heb altijd het vertrouwen gehad dat dingen wel goedkomen. Dat is een levensinstelling die ik ook aan jonge dokters zou willen meegeven: heb vertrouwen, ook al lopen zaken niet helemaal zoals je nu wilt.
Op basis van mijn cv zou je zeggen dat ik behoorlijk aan de weg heb getimmerd. Ik heb natuurlijk ook veel bereikt, maar niet door een pad van vijftien of twintig jaar uit te stippelen. Ook ik had de eerste drie jaar als specialist geen vast contract. En met mij is het uiteindelijk ook prima afgelopen! Tegenover jonge mensen benadruk ik meestal het spanningsveld tussen de maakbaarheid van het leven en de controle die je daar zelf over hebt. Ik zeg daarom altijd: kijk eerst maar eens naar de komende vijf jaar, want je weet niet wat het leven je gaat brengen. Promovendi willen bijvoorbeeld vaak al vroeg in het proces precies weten hoe hun hoofdstukindeling eruit komt te zien. Dat begrijp ik, want dat geeft houvast. Maar er zal altijd een spanningsveld bestaan tussen de controle om van tevoren alles te weten en anderzijds het moeten afwachten wat er onderweg op je pad komt. Blijf wel dicht bij je eigen drijfveren. Het eerste deel van mijn carrière is organisch verlopen omdat ik kansen kreeg en die heb gepakt. Die kansen komen er ook voor jou als jonge dokter. Ik ben er nooit zenuwachtig van geworden dat ik geen vast contract had of niet precies wist welke kant ik opging. Dat gun ik anderen ook, dat ze in zichzelf blijven geloven.

Op welke van jouw publicaties ben je het meest trots?

Slechts één kiezen lukt me niet. Mijn eerste publicatie uit 1998 ging over factor V Leiden, het risico op trombose en de vraag of je complete families moest gaan testen. Dat was echt mijn allereerste artikel en daar hebben we tot op heden nog iets aan. Ik heb daar destijds waanzinnig veel van geleerd en bovendien verscheen het in het tijdschrift *Annals of Internal Medicine*.
Een recenter onderzoek waarop ik heel trots ben, is het artikel over de incidentie van veneuze trombo-embolie bij patiënten met COVID-19. In twee weken hebben we alle data verzameld. We werkten met een groep met zoveel energie, terwijl ondertussen een crisis gaande was. Dat was zo'n teamprestatie, echt fantastisch!
Verder moet ik denken aan de ALIFE-studie, in 2010 verschenen in *The New England Journal of Medicine*. Daarvoor hebben we vrouwen met herhaalde onverklaarde miskramen in een gerandomiseerde trial wel of geen LMWH gegeven gedurende de hele zwangerschap, in de hoop de kans op een succesvolle zwangerschap te vergroten. In die tijd werd dit heel vaak voorgeschreven, maar onze trial bleek negatief. Het was op papier een simpel onderzoek, maar de uitvoering heeft veel tijd en energie gekost en uiteindelijk heeft het heel veel impact gehad.
Het meest bijzonder was de keer dat we een vliegtuig hebben gehuurd voor een studie naar vliegtuigtrombose. Dat was heel grappig, maar ook behoorlijk ingewikkeld: je moest van tevoren bedenken waarheen gevlogen moest worden en er rekening mee houden of iemand een jetlag zou kunnen krijgen, omdat circadiaanse ritmes ook de bloedstolling zouden kunnen beïnvloeden.
Uiteindelijk is het vliegtuig in acht uur naar Noord-Afrika gevlogen en weer terug. Bij de gate op Schiphol stond onze bestemming: Amsterdam.

'Overleg met collega's, daar leer je van!'

Welk onderzoek naar stolling zou je nog willen doen vanuit klinische importantie?

Momenteel werk ik aan de Highlow-studie: daarbij geven we twee verschillende doseringen tromboseprofylaxe aan zwangeren die trombose in hun voorgeschiedenis hebben. Een andere recente studie is die naar LMWH bij trombofilie en herhaalde miskramen. Beide onderzoeken worden volgend jaar gepubliceerd. Hierop zou ik willen voortborduren. Met name als het gaat om zwangeren en trombose kan ik het slecht verdragen dat we vrouwen maandenlang laten prikken zonder te weten wat de juiste dosering is. Betere evidence verkrijgen voor dit soort speciale populaties is echt een drijfveer voor mij. Denk bijvoorbeeld ook aan mensen met kanker en trombose of aan jonge vrouwen met heftig menstrueel bloedverlies bij gebruik van antistolling. Voor grote farmabedrijven is het marktaandeel voor deze groepen te klein of het risico te groot.
Hoelang je nu eigenlijk antistolling moet geven na een veneuze trombose of longembolie is een van de grootste vragen als het gaat om trombose. Is er een groep die altijd antistolling zou moeten krijgen of kunnen we beter differentiëren op basis van risicofactoren en trombofilie? Nu wordt dit nog te simplistisch onderzocht, maar dit is een studie waarvan ik denk dat die echt gedaan zou moeten worden. Maar die kar ga ik zelf niet trekken, dat laat ik aan anderen.

' Gedownload door: [anoniem] op 29-03-2024 17:00:30 '