



‘Voor de
patiëntjes
is het niet
goed dat ik
de enige ben’

Als enige arts in Nederland is **Marco Schnater** (49) zowel long- als kinderchirurg. Toch weten nog niet alle longpatiëntjes hem te vinden. ‘Het centraliseren van zorg ligt erg gevoelig.’

Marieke ten Katen

Foto's Jacqueline de Haas



Vrijwel alle kinderen die hij de afgelopen jaren opereerde, kan kinder- en longchirurg Marco Schnater zich nog goed herinneren. ‘Ik zie veel kinderen met aandoeningen die zo zeldzaam zijn dat je die kinderen op de een of andere manier altijd wel in je geheugen hebt staan.’

Neem het twaalfjarige meisje dat hij recent opereerde. Geboren met één long, een aandoening die maar een paar keer eerder in Nederland werd gezien. Met één long is op zich redelijk te leven, met ondersteuning van zuurstof. Maar het probleem is dat de borstkas voor een deel leeg is en dat die ene long die leegte wil opvullen. ‘Die long bij dit meisje werd langzaam groter en duwde van alles opzij. Zoals het hart. Ook de luchtpijp ging steeds verder naar de zijkant en werd daardoor steeds platter en smaller.’

Schnater maakte bij dit meisje de borstkas aan de zijkant open, duwde het hart wat meer terug naar het midden, zette het zakje dat om het hart zit vast met wat fixatiehechtingen, en plaatste een prothese – ‘een soort ballonnetje ge-

vuld met zoutoplossing' – op de plek waar eigenlijk de tweede long had moeten zitten. Om alles in het vervolg op zijn plek te houden.

Het is een ingreep die voor het eerst in Nederland werd uitgevoerd en die Schnater tot in detail leerde in het gespecialiseerde ziekenhuis Great Ormond Street in Londen, waar hij twee keer per maand bij operaties mag meewerken. 'De noviteiten die ik daar leer, neem ik mee terug naar Nederland. Zo hoeven kinderen niet naar Engeland, ik kan ze gewoon hier opereren.'

Dat Schnater na zijn middelbare school besloot geneeskunde te gaan studeren, was eigenlijk 'een beetje toeval'. Hij groeide op in Amsterdam en bleef daar op de middelbare school twee keer zitten, omdat hij 'gewoon niet zo veel interesse had' in school. 'Dat veranderde op mijn achttiende. Op dat moment realiseerde ik me dat ik wel wat actie moest ondernemen om nog eens iets zinnigs te kunnen doen in de maatschappij. Maar ik wist niet precies welke kant ik op wilde. Een van de decanen op school zei toen: "Misschien moet je wat sociaals gaan doen, geneeskunde bijvoorbeeld.'"

Toen Schnater uiteindelijk op zijn twintigste de middelbare school afrondde, besloot hij mee te loten voor de studie geneeskunde. 'Dat kon toen nog op basis van alleen je vwo-diploma, je hoefde niet bepaalde vakken of pakketten al te hebben. Ik lootte nummer 13, een nummer dat me direct verzekerde van een plek.' Al was het in zijn geval wel een zogenoemde schaduwplek: er was een plek voor hem gereserveerd, maar hij moest eerst nog examens doen in natuurkunde en scheikunde, vakken die hij tijdens zijn middelbare schooltijd niet had gevolgd.

Het jaar daarop was de 'zwaarste' periodes uit zijn school- en studier carrière: overdag werken bij de groenteboer – 'om vijf uur 's ochtends beginnen op de veiling en de rest van de dag in de kraam' – en daarna naar de avondschoon om natuur- en scheikunde bij te spijkeren. In de weekeinden deed hij zijn huiswerk. Na een jaar haalde hij zijn examens en

Marco Schnater (Amsterdam, 1971) is kinderchirurg, longchirurg en directeur van het Kinderthoraxcentrum, onderdeel van het Erasmus MC. Woont met zijn partner op een boerderij in Spijk en heeft twee zoons van 17 en 21 jaar.

op zijn 21ste stroomde hij in bij geneeskunde.

'Die opleiding ging voor mijn gevoel heel snel. Dat tussenjaar was zo zwaar geweest dat ik relatief eenvoudig door geneeskunde heen ging.' Welke richting hij precies op wilde als arts, wist hij niet direct. Maar vanaf het tweede jaar realiseerde hij zich wel dat hij graag met zijn handen bezig wilde zijn en dus het liefst een 'snijdend' vak wilde doen, oftewel: opereren. 'Dat zit een beetje in mijn genen, denk ik. Ik kom uit een arbeidersgezin, dus ambacht is wel iets wat ik van huis uit heb meegekregen.' Schnaters moeder werkte als coupeuse, zijn vader runde een eigen drukkerij. Zijn oudere zus volgde de kunstacademie in Enschede.

Uiteindelijk koos Schnater voor chirurgie, een specialisatie van zes jaar in het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam. Naast de opleiding deed hij promotieonderzoek naar een zeldzame vorm van leverkanker bij kinderen en daarna deed hij nog een 'superspecialisatie' in de vaatchirurgie.

Vervolgens trad hij toe tot een maatschap in het Albert Schweitzer Ziekenhuis in Dordrecht, waar hij de zevende vaatchirurg werd. 'Dat bleek wat te veel te zijn. Bovendien vond ik de bovenkant van het lichaam toch interessanter, de borstkas. Daar werk je met hart en longen: heel essentiële, vitale organen. Als in die organen iets niet helemaal goed gaat, dan ontstaan er al gauw acute problemen.'

Schnater besloot zijn certificering als longchirurg te halen en ging daarna als longchirurg aan het werk. Aanvankelijk opereerde hij vooral volwassenen, maar gaandeweg voerde hij ook steeds meer operaties uit bij kinderen. In het Rotterdamse Sophia Kinderziekenhuis, onderdeel van het Erasmus Medisch Centrum, waren de wachtlijsten op



dat moment zo lang dat een samenwerking met het Albert Schweitzer werd opgetuigd om kinderen van die wachtlijst in Dordrecht te kunnen opereren. Schnater voerde een deel van die operaties uit.

In Rotterdam werd daarnaast gewerkt aan de ontwikkeling van het Kinderthoraxcentrum, een nieuwe instelling die zich wilde specialiseren in kindercardiologie, kinderlongziekten en keel-, neus- en oorheelkunde.

In 2014 werden de plannen uitgewerkt en werd ook Schnater gevraagd of hij daar wilde werken. Na lang twijfelen, besloot hij op het aanbod in te gaan. 'Dat was niet een heel makkelijke stap. Want om daar te kunnen werken, moest ik eerst nog een registratie als kinderchirurg behalen. Dat betekende dat ik weer aan de slag moest op een opleidingsplek, een stapje terug als het ware. Maar ik had wel de garantie dat ik daarna kon blijven. Dat hebben veel artsen in de opleiding normaal niet.'

Anderhalf jaar later behaalde Schnater de certificering. Sinds augustus 2018 is hij directeur van het Kinderthoraxcentrum. 'Een hele eer dat collega's mij het vertrouwen geven om dit centrum aan te sturen en verder te ontwikkelen.'

Een operatie aan de longen bij kinderen verschilt op een aantal punten van een ingreep bij volwassenen. 'Alles is natuurlijk veel kleiner. Sommige instrumenten waarmee je gewend bent te werken, kun je bij een baby niet gebruiken. Dat maakt het technisch gezien iets uitdagender.' Een simpel

'Operaties bij kinderen zijn technisch wat uitdagender'

voorbeeld: bij volwassenen gebruiken chirurgen bij een kijkoperatie aan de longen een camera met een dikte van 10 millimeter. Voor een baby is dat veel te groot, de camera past niet tussen de ribben door. Dus wordt een camera van 3 millimeter gebruikt.

Ook de beademing tijdens de operatie gaat anders. 'Bij volwassenen zijn we gewend met twee beademingsbuizen te werken, in elke long één. Dan kun je selectief aan de ene kant beademen en de andere kant uitschakelen.' Door dat 'uitschakelen' valt de long samen en ontstaat er 'werkruimte' voor de chirurg in de normaal zo volle borstkas.

Bij kinderen passen er geen twee beademingsbuizen door de luchtpijp en kan maar in één long een buis worden ingebracht. De andere long valt dan automatisch stil. Daardoor ontstaat weliswaar ruimte in de borstkas voor de chirurg, maar het maakt het wel lastiger om aan het eind van de operatie te controleren of alles goed is verlopen. 'Bij volwassenen test je dat door na de ingreep de beademingsbuis naar de uitgeschakelde long open te zetten en te kijken of er luchtlekage is. Bij een kind kun je dat alleen testen door de buis terug te trekken en beide longen zichzelf weer op te laten blazen. Het nadeel is wel dat die buis niet zomaar is teruggedraaid, als blijkt dat het niet goed is gegaan.

'Een alternatief is dat we een kind met volledig opgeblazen longen opereren. Maar dat lukt niet altijd. Dus soms moet de borstkas dan toch open, zodat we de longen makkelijker opzij kunnen schuiven.'

Doordat het bij kinderen vaak gaat om zeldzame aandoeningen, is de patiëntenpopulatie een stuk kleiner dan bij volwassenen. 'Bij volwassenen zie je meer algemene aandoeningen in veel grotere aantallen, de populatie bij kinderen is bijzonderder.' In het Kinderthoraxcentrum melden zich ongeveer twintig kinderen per jaar met aangeboren longafwijkingen. Dat is vermoedelijk het grootste deel van het totale aantal patiënten in Nederland, maar heel zeker weet Schnater dat niet.

'De centralisatie van kinderlongchirurgie is in Nederland niet geregeld. Landelijk zijn er bijvoorbeeld wel afspraken over welke ziekenhuizen zich specialise-

ren in gaatjes in het middenrif of niet-aangelegde slokdarmen. Maar hoe vaak bepaalde longaandoeningen bij kinderen voorkomen, weten we eigenlijk niet.'

Dat is niet alleen slecht nieuws voor patiënten en hun ouders – hoe weten zij waar de zorg het beste is? – maar maakt het voor een arts als Schnater ook lastig om voldoende operaties per jaar uit te voeren om bekwaam te blijven. 'Dat is ook de reden dat ik mijn expertise elders probeer op te bouwen. Niet alleen in Londen, maar ik voer bijvoorbeeld ook af en toe operaties in Antwerpen uit. Op die manier krijg ik meer expertise. En als meer mensen dan weten dat je die expertise hebt, komen er vanzelf ook wel meer patiënten daarvoor naar je toe.'

'Ik vond de borstkas toch interessanter. Met die heel essentiële, vitale organen'

Om de kwaliteit van zorg voor kinderen met aangeboren longaandoeningen verder te verbeteren, is het, zegt Schnater, 'een *must*' dat er duidelijke afspraken worden gemaakt over welk ziekenhuis deze operaties het beste kan uitvoeren. 'Alleen ligt dat in de politiek en in de ziekenhuizen gevoelig. Iedereen is het er wel over eens dat het voor de kwaliteit van zorg goed is dat dit soort behandelingen in een beperkt aantal ziekenhuizen wordt uitgevoerd, maar iedereen vindt dan wel dat dat in hun eigen ziekenhuis moet gebeuren. Dat kan natuurlijk niet.'

Ook op Europees niveau wordt hieraan gewerkt. Zo is er het European Reference Networks, een virtueel netwerk van ziekenhuizen in Europa waar informatie kan worden uitgewisseld over welk ziekenhuis expert is op welk terrein. Bij een kind met een bepaalde aandoening is er overleg mogelijk met zo'n gespecialiseerd ziekenhuis of kan een kind daarheen worden overgeplaatst. Het Londense ziekenhuis Great Ormond Street, waar Schnater werkt, is zo'n ziekenhuis. 'Vanuit de hele wereld worden kinderen met zeldzame longaandoeningen daarheen gestuurd. Ik vind het een eer dat ik daar af en toe mag meewerken.'

Het mooiste aan zijn vak? 'Echt te veel om op te noemen.' Bijvoorbeeld het vertrouwen dat ouders in hem hebben om hun meest dierbare bezit – hun kind –

door hem te laten opereren. Maar ook het feit dat hij als arts vaak heel langdurig contact heeft met de patiënten in het Kinderthoraxcentrum: vanaf het moment dat er in de zwangerschap een afwijking wordt gevonden tot op latere leeftijd. 'Dat is heel bijzonder, want bij volwassenen is het vaak na vijf tot tien jaar echt wel klaar. Met deze levensloopzorg zijn we uniek in de wereld.'

Schnater houdt ook van het 'acute deel', als er spoed bij is tijdens een dienst. Bijvoorbeeld bij een drenkeling die moet worden gereanimeerd. 'Op zo'n moment staan op de spoedeisende hulp misschien wel dertig zorgverleners om zo'n kind heen. Het is dan één en al hectiek, maar iedereen weet precies wat hij of zij moet doen. Even alles loslaten, gewoon gaan, op de automatische piloot.' Schnater sluit het kind dan na de reanimatie aan op de zogenoemde ECMO, een hart-longmachine die de ademhaling en bloedcirculatie kan overnemen als de organen dat zelf nog niet kunnen.

'Ik heb af en toe wel zo'n adrenaline-stootje nodig. Wat het vooral ook mooi maakt, is dat je als dokter op zo'n moment, oneerbiedig gezegd, niet zo heel veel te verliezen hebt. Als je niks doet, overlijdt de patiënt hoe dan ook. De zorg die we dan bieden, kan een kind er echt doorheen trekken.'

Dat Schnater de enige in zijn metier is – zowel kinderchirurg als longchirurg – vindt hij erg jammer. 'Het is misschien fijn voor mijn ego, maar voor de patiëntenzorg is het helemaal niet goed. Wat nou als mij morgen iets overkomt? En als ik uiteindelijk een keer met pensioen ga? De kinderchirurgen die nu hun opleiding afronden, zijn nog niet klaar om ook longoperaties bij kinderen te doen. Dat is iets waarover ik serieus moet nadenken. Hoe kan ik de kennis overdragen die ik nu heb?'

In Londen is hij door de coronacrisis al een aantal maanden niet meer geweest. Dat kwam weliswaar wel mooi uit – 'ik had eindelijk eens tijd om de toekomstplannen voor het Kinderthoraxcentrum verder uit te werken' – maar toch hoopt hij snel weer die kant op te kunnen.

'Het is voor mij belangrijk om te blijven werken aan mijn expertise, te zien welke dingen er in het buitenland gebeuren. Ik ben zelf ook nog volop bezig om superexpert te worden.'