

# De wetenschappelijke koepel NVPC

*J. Debeij, J.M. Zuidam en R.R.W.J. van der Hulst namens de wetenschappelijke koepel Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie en de NVPC*

Het wetenschappelijk landschap in de wereld en binnen Nederland is aan het veranderen. Tijdens de financiële crisis en in de nasleep ervan is het verkrijgen van subsidie voor wetenschappelijk onderzoek moeilijker geworden. Subsidies worden minder verstrekt en de eisen voor het verkrijgen van een subsidie worden steeds hoger. De roep om kwaliteit, doelmatigheid en implementeerbaarheid van de bevindingen wordt steeds groter. Vorig jaar, tijdens het lustrum van de NVPC, was het thema: 'Start working together', met als idee het bevorderen van samenwerking tussen verschillende centra om zo kwalitatief beter onderzoek af te kunnen leveren, nationaal en internationaal. De kracht van onderzoek zit immers in een goede studieopzet, de robuustheid van de getallen en een goede generaliseerbaarheid richting de populatie waar het onderzoek voor bedoeld is. Robuustheid en generaliseerbaarheid kunnen het best verkregen worden als een studie over een grote, gevarieerde populatie wordt uitgerold. Een goed voorbeeld is de BREAST-trial, waarbij er in zes ziekenhuizen in Nederland data worden verzameld ter beoordeling van een nieuwe methode voor borstreconstructie.

Om gevolg te geven aan het vorig jaar ingezette initiatief 'Start working together', is besloten een wetenschappelijke koepel binnen de Nederlandse vereniging op te zetten (WKNVPC). Ook aanpalende specialismen, zoals gynaecologie en KNO, hebben een centrale commissie voor het sturen van onderzoek in den lande. Het doel van de wetenschappelijke koepel is het bevorderen van wetenschappelijke productie, cohesie en samenwerking binnen de gelederen van de NVPC.

De WKNVPC kan adviseren bij het versterken van studieprotocollen en subsidieaanvragen (De wetenschappelijke koepel zal zelf geen subsidies verstrekken). Hierbij kan gedacht worden aan advies bij het opzetten van een nieuwe (multi-center) studie, maar ook kan er meegedacht worden over de haalbaarheid of publiceerbaarheid van een studie. Hoe kan ik bereiken dat zo min mogelijk inclusies gemist worden, hoe krijg ik iedereen enthousiast voor de onderzoeksvraag, dat zijn vragen waarvoor de WKNVPC geconsulteerd kan worden.

De WKNVPC stelt zich ook als doel het stimuleren van samenwerkingsverbanden voor multicenter studies en zal trachten Nederland breed studies op te zetten naar bepaalde veel voorkomende behandelingen, denk bijvoorbeeld aan een triggerfinger, mammareductie of abdominoplastiek. Zo kan de WKNVPC, namens alle leden van de NVPC, snel een goed bruikbaar resultaat leveren, bruikbaar in de dagelijkse praktijk.

Eens in de vijf jaar wil de WKNVPC een veld- en ledenonderzoek uitvoeren naar trends en topics binnen het plasti-

sche onderzoeksveld. Hiermee kan een termijnvisie voor de komende jaren worden opgesteld voor wetenschappelijk onderzoek dat nuttig is voor de Nederlandse, en wellicht ook de buitenlandse praktijk. Naast raadpleging binnen de gelederen zal ook de publieke opinie, de opinie van patiëntverenigingen en de mening van aanpalende specialismen worden meegenomen. Hierop volgend zal een rapport worden gemaakt.

Concluderend wil de WKNVPC een adviserende en stimulerende rol op zich nemen binnen het plastisch chirurgisch onderzoek in Nederland, waarbij het bevorderen van samenwerking een van de voornaamste speerpunten is. Daarnaast wil het voorzien in een nationale toekomstvisie en nationale projecten op wetenschappelijk gebied om zo voorop te (blijven) lopen in de plastische wereld. Dit kunnen wij echter niet alleen. Hiervoor is draagvlak en samenwerking nodig binnen de vereniging. 'Start working together' ('with us')!

## WETENSCHAPPELIJKE REFRESHER

'Confounding by indication' is een gekend probleem binnen de klinische wetenschap. Als we binnen het observationele onderzoek twee behandelstrategieën willen vergelijken, komt het probleem van 'confounding by indication' al snel om te hoek kijken. Als we, in tegenstelling tot de bovengenoemde BREAST-trial, op observationele wijze zouden willen kijken naar het verschil tussen een tissue-expanderreconstructie en reconstructie met autoloog vet, lopen we tegen een probleem aan. Zou de behandelaar de keuze voor een van beide behandelopties niet op basis van bepaalde argumenten maken? Zou hij bij de ene patiënt alleen een tissue-expander aanbieden gezien het postuur van de patiënt, of heeft een patiënt de behandelaar weten te overtuigen dat autoloog vet voor haar de beste optie is? Door dit soort selectieve, soms onbewuste, keuzes zijn de twee patiëntengroepen bij voorbaat onvergelijkbaar en is er moeilijker een objectieve vergelijking te maken tussen de twee behandelingen.

Hetzelfde geldt voor de behandeling van CMC<sub>I</sub>-artrose. Waarom kiest een behandelaar bij de ene patiënt voor een simpele trapeziëctomie, terwijl hij bij een andere patiënt een ligamentreconstructie met peesinterpositie (LRTI) voorstelt. Dit zou willekeur kunnen zijn, maar waarschijnlijker is dat hij bij deze specifieke patiënt een beter resultaat van deze specifieke behandeling verwacht. Het vergelijken van de twee behandelingen wordt bemoeilijkt doordat de behandelaar selecteert welke behandeling voor welke patiënt het beste lijkt.

Als men vervolgens de twee behandelingen vergelijkt, kan de conclusie getrokken worden dat men beter een trapeziëctomie kan doen in plaats van een LRTI omdat de functionele uitkomst beter is. Dit is echter niet juist, aangezien een LRTI mogelijk meer toegepast is voor een CMC<sub>I</sub>-artrose met uitgebreidere inzakking, in vergelijking met de CMC<sub>I</sub>-artrose met intacte ligamenten, waarbij een simpele trapeziëctomie kan worden verricht. Derhalve zal een LRTI een slechtere functionele uitkomst opleveren op basis van de slechtere uitgangspositie.

Formeel gezien zijn we dus benieuwd naar het verschil in uitkomst tussen twee behandelingen. Het probleem is dat de toewijzing van de specifieke behandeling niet gebeurt op basis van het lot, maar afhankelijk is van de (ziekte)eigenschappen van de patiënt of de voorkeur van de behandelaar. De behandelaar selecteert de behandeling van de patiënt op basis van specifieke eigenschappen. Deze specifieke eigenschappen zijn vaak ook prognostische factoren voor de uitkomst! De behandelaar introduceert een bias doordat hij een selectie maakt (confusing, maar ‘confounding by indication’ is een vorm van bias, te weten selectiebias), waardoor de ge-

presenteerde resultaten niet een weerspiegeling zijn van de juiste behandeling van het probleem.

Gelukkig zijn er ook oplossingen voor het probleem. Het basisprincipe is dat men gelijke patiënten met gelijke omstandigheden wil vergelijken. De ‘makkelijkste’ maar ook meest bewerkelijke oplossing is de observationele data in de kast te zetten en een gerandomiseerde gecontroleerde studie op te zetten naar de effecten van de behandeling. Hiermee wordt de indicatie door het lot bepaald en niet door de behandelaar. Observationele data kunnen zeker gebruikt worden, maar adjusteren of corrigeren op een conventionele wijze is niet afdoende. Men zal in zulke gevallen ingewikkelde analyses moeten gebruiken, zoals matching of ‘inverse probability weighting’.

#### LITERATUUR

1. Rothmans KJ, et al. *Modern epidemiology*, 3th edition. 2008.
2. Vandenbroucke JP. *Grondslagen der epidemiologie*, 6e druk. 2010.

Moet hier nog een correspondentieadres komen?