

# Determinatie: een evidence-beestje op naam gebracht

Reactie op column specialist ouderengeneeskunde  
WCS Nieuws 2014;30(4):31

R. Legerstee\*

Het is zomer 2013 als ik met instemming van mijn partner het abonnement op onze krant beëindig. Wij stoonden ons in toenemende mate aan het steeds grotere aantal fouten in de berichtgeving. Mijn aandacht werd getrokken naar de titel van een artikel in de rubriek 'wetenschap' over de opkomst van de Aziatische tijgermug in Europa. Ik sloeg de pagina's op en zag het stuk, verdeeld over twee bladzijden met in het midden een grote kleurenfoto van..... een langpootmug..... een langpootmug!

Behalve dat beide soorten tot de insecten behoren (allebei zes poten), zie ik vooral verschillen. Tijdens het opzeggen sloeg de angst mij plots om het hart en ik dacht: 'Ik zal toch niet iets gemist hebben? Bijvoorbeeld dat met een recente randomised controlled trial (RCT) of, sterker nog, met een (Cochrane) systematic review of meta-analyse 'is bewezen' dat die langpootmuggen eigenlijk verwerpelijke steekbeesten zijn? Monsters die mij, toen ik ze als kind, maar ook later als volwassene, vaak opnam om onbeschaamd uit het raam te zetten, door een bizar toeval nooit hadden gestoken? En dit alles met een p-waarde ('prik'-kans?) van op zijn hoogst  $< 0,001$ '.

En toch zette dit artikel me op het verkeerde been (en dat is bij ónze soort lastig, want daar hebben wij er maar twee

van). Ik was zó overtuigd dat langpootmuggen werkelijk helemaal niemand ook maar iets kwaad doen. En wat deed ik? Ik ging het nazoeken! Kennelijk leeft bij mij het idee dat alles wat in de krant staat waar is..... anders stond het daar niet!

Aan de Latijnse namen onder de foto's is al te zien dat beide 'animalcules' behoorlijk verschillend zijn. Voor hen die het niet zo hebben op Latijn: zie de verschillen dan tussen de woorden 'Langpootmug' en 'Aziatische tijgermug'. Helemaal niets met taal? Kijk naar de foto's! Wat heeft dit met wondbehandeling te maken? In WCS Nieuws van december 2014 (1) wordt door de auteur van een column verwezen naar een recent review en een schijnbare verbinding gemaakt met de conclusie dat er



*Tipula sylvestris* Langpootmug

Foto: Dr Raynal (Wikipedia, accessed 23.1.2015)



*Aedes albopictus* Aziatische tijgermug

Foto: <http://commons.wikimedia.org> (accessed 23.1.2015)

## Het ontbreken van data op RCT niveau wil echter nog niet zeggen dat een product of behandeling niet effectief is

'eigenlijk zeer weinig wetenschappelijk bewijs is voor moderne wondbehandeling'. Mijn nieuwsgierigheid wordt gewekt door die schijnbare verbinding. Mijn lezing van dat werk rechtvaardigt alles, behalve een dergelijke verbinding. Treadwell (2) argumenteert namelijk (overigens betreft het een opiniestuk en niet een review) dat je als wondprofessional, bij het maken van productkeuzes voor een (of die ene) patiënt, voortdurend afwegingen maakt over de motivatie van die keuze en niet van een andere, vergelijkbare. Treadwell spreekt zijn zorg uit over dat een grote Amerikaanse zorgverzekeraar een instituut heeft ingesteld (en gesponsord) om richtlijnen te maken die de kwaliteit van zorg verbeteren óf (en dit is 'the ugly bit', aldus de auteur) dienen als basis voor vergoeding en verstrekking. Zelf was Treadwell betrokken bij het opstellen van zo een richtlijn voor de behandeling van veneuze beenulceraties, waarbij men alle publicaties over alle vormen van behandeling heeft onderzocht. Van de meer dan 10.000 publicaties werden er 60 goed genoeg gevonden om in overweging te nemen en daarvan bleken er uiteindelijk twee die een positief effect aantoonde op de genezing van dit wondtype (compressietherapie en huidequivalenten). Géén van de moderne wondverbandmaterialen had een effect ten opzichte van compressie alléén. Tot hier zou de verbinding nog kunnen worden gemaakt met de conclusie in de column. Bovenstaand betoog wordt echter besloten met: '...Werkelijk waar? Twee van de 60? Persoonlijk vond ik deze resultaten op zijn minst misleidend' (2). Dit toelichtend met de opmerking dat, indien uitsluitend wordt gezocht naar RCT's, inderdaad weinig 'bewijs' kán worden gevonden.

Het ontbreken van data op RCT niveau wil echter nog niet zeggen dat een product of behandeling niet effectief is. We 'weten' als professional in de wondbehandeling vaak niet wáárom een product, dat zo vaak zo goed werkt bij velen, bij die ene patiënt slecht uitpakt. En omgekeerd geeft een bepaald product soms een spectaculaire verbetering te zien bij die ene patiënt, terwijl je er eerder vooral matige resultaten mee had bij anderen. Juist hierom dienen óók andere vormen van bewijs (3), zoals casuïstische beschrijvingen, casus-controle series, cohort- en dwarsdoorsnede-onderzoek. Kortom observationele studies, te worden meegenomen in onze overwegingen. Misschien wel juist in de wondbehandeling, waar de heterogeniteit van de patiëntenpopulatie zó groot is. Hoe groot kan de kans zijn dat één richtlijn zou werken voor alle mensen met een open been, terwijl in die richtlijn vrijwel niets van alle

aanwijzingen en klinische ervaringen uit bovenstaande onderzoeksvormen, is meegewogen als basis voor diezelfde richtlijn?

Dan wordt in de column verwezen naar het werk van George Winter. En een 'destillatie': 'dierexperimenteel onderzoek en vijf gezonde vrijwilligers' gevolgd door de zin 'op naar PubMed en daar gezocht naar bewijs voor vochtige wondbehandeling en je raadt het al: geen bewijs'. Mede door een eerdere melding hierover in dit tijdschrift (4), is een aantal nuances wellicht gepast. De column refereert aan 'originele artikelen van Winter' zonder de referenties weer te geven. Daarom is niet zeker of ik over de juiste publicaties beschik. Winter (1962) (5) voerde inderdaad een dierexperimenteel onderzoek uit. De waarneming in dit werk was dat re-epithelialisatie bijna twee keer sneller verliep bij de vochtig behandelde wondjes dan bij de letsels die konden drogen aan de lucht (bij oppervlakkige wondjes op de rug van twee biggen). Dit type onderzoek is volgens opstellers van andere richtlijnen voor wondbehandeling relevant en waardevol om principes en mechanismen te duiden (6) en volgens weer anderen ook om de biologische plausibiliteit mee te nemen in de waardering van 'bewijs' (7).

## De redenering in deze column staat haaks op 'biologische plausibiliteit' en de mening van téveel mensen met expertise in wondbehandeling

Werk van Winter waarin vijf gezonde vrijwilligers zijn onderzocht, kan ik niet vinden. Wél heeft Winter (8) gereageerd op het werk van Hinman en Maibach (9) die in 1963 de methoden van Winter hebben herhaald bij mensen (zeven personen, bij elke persoon werden aan de binnenzijde van de bovenarm twee oppervlakkige wondjes gemaakt: één werd behandeld onder occlusie, de andere droog). Het resultaat was vergelijkbaar met de bevindingen van Winter in het varken. Sindsdien is het belang van vochtige wondbehandeling door meerdere studies, en op meerdere aspecten van het wondgenezingsproces, over langere tijd onderstreept en mag worden verondersteld dat elke behandeling, waarmee occlusie of hydratatie wordt bewerkstelligd, de genezing van de wond zal bevorderen (10). De redenering in deze column staat haaks op 'biologische plausibiliteit' en de mening van téveel mensen met expertise in wondbehandeling (11). In mijn 40 jaar ervaring in dit vak, de eerste 15 daarvan volkomen onwetend van de hier gedeelde kennis, heb ik patiënten geschaad wanneer ik de gazen van hun wonden verwijderde. Ik zie het nóg voor me en ik vóel het ook wanneer ik

dit opschrijf... De redenering in deze column wordt gebruikt om herintroductie van het hydrofiele (katoenen) gaas in wonden te rechtvaardigen. Dit druist in tegen elke verpleegkundige vezel in mij. Het adagium primum non nocere (eerst en vooral breng geen schade toe) is gelukkig dieper geworteld in elke wondprofessional dan in de column wordt gepropageerd. Een column mag prikkelen ja... da's gelukt, maar dít doet zeer en vooral, maar niet alleen, bij de patiënt!

## Literatuur

1. Leen van M. **Column specialist ouderengeneeskunde**. WCS Nieuws, 2014;30(4):31.
2. Treadwell T. **Is my wound dressing better than yours?** Wounds, 2014;26(5).
3. Zuiderent-Jerak T, Forland F, Macbeth F. **Guidelines should reflect all knowledge, not just clinical trials**. BMJ, 2012;345:e6702.
4. Legerstee R. **Een poging tot onderbouwing van de voordelen voor gebruik van moderne materialen in de behandeling van chronische wonden: 'Evidence' of 'evident'?** WCS Nieuws, 2003;19(4):32-36.
5. Winter GD. **Formation of the scab and the rate of epithelization of superficial wounds in the skin of the young domestic pig**. Nature, 1962;20:193:293-4.
6. Robson MC, Barbul A. **Guidelines for the best care of chronic wounds**. Wound Repair and Regeneration 2006;14(6):647-8.
7. Bagshaw SM, Bellomo R. **The need to reform our assessment of evidence from clinical trials: A commentary**. Philos Ethics Humanit Med 2008;3:23.
8. Winter GD. **Effect of air exposure and occlusion on experimental human skin wounds**. Nature 1963, 26;200:378-9.
9. Hinman CD, Maibach H. **Effect of air exposure and occlusion on experimental human skin wounds**. Nature, 1963;26;200:377-8.
10. Lindblad WJ. **Considerations for determining if a natural product is an effective wound-healing agent**. Int J Low Extrem Wounds, 2008;7(2):75-81.
11. Upton D, Upton P. **Psychology of wounds and wound care practice**. Cham Heidelberg. Springer, 2015;147-9.

\* Ron Legerstee, RN, MSc Wound Healing & Tissue Repair |  
Pe@r Review | Sneek  
Wetenschappelijk gastdocent Erasmus Universitair Medisch  
Centrum Rotterdam