

RESEARCH

Gebrek aan evidence - stel u tevreden met een imperfecte medische zorg: het geval van de orthopedische chirurgie



Patrick van Dun

Begin juni verscheen er een zeer interessant artikel in de BMJ dat de klinische effectiviteit bepaalde van veel voorkomende electieve orthopedische ingrepen in vergelijking met geen behandeling, placebo, of niet-operatieve zorg.²⁷ Volgens de Britse onderzoekers van deze studie blijken de meeste ingrepen onvoldoende wetenschappelijk gefundeerd te zijn, en in sommige gevallen zijn ze niet beter dan niets doen.

Introductie

Ongeveer 200 aandoeningen van het bewegingsapparaat hebben een aanzienlijke invloed op de levenskwaliteit van miljoenen mensen en gaan gepaard met hoge kosten voor de gezondheidszorg. Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie zijn de meest voorkomende en invaliderende aandoeningen van het bewegingsapparaat artrose, rug- en nekpijn, fractures die verband houden met osteoporose, letsels en systemische ontstekingsaandoeningen zoals reumatoïde artritis. Musculoskeletale aandoeningen worden doorgaans gekenmerkt door aanhoudende pijn en beperkte mobiliteit. Volgens de Global

Burden of Disease-studie van 2017 leveren musculoskeletale aandoeningen de grootste bijdrage aan de wereldwijde invaliditeit. Hoewel veel musculoskeletale aandoeningen in de eerstelijnszorg kunnen worden behandeld door een combinatie van interventies zoals lichaamsbeweging, gewichtsbeheersing, kinesitherapie, psychologische therapieën en medicamenteuze behandeling, hebben sommige patiënten die niet reageren op conservatieve maatregelen specialistische zorg, chirurgische zorg of beide nodig. In het Verenigd Koninkrijk zijn musculoskeletale aandoeningen goed voor meer dan 25% van alle chirurgische interventies in de National Health Service (NHS).

Procedure	Main indication
Arthroscopic anterior cruciate ligament	Anterior cruciate ligament rupture
Arthroscopic meniscal repair of the knee	Traumatic meniscal tears
Arthroscopic partial meniscectomy of the knee	Degenerative meniscal tears
Arthroscopic rotator cuff repair	Acute rotator cuff tears
Arthroscopic subacromial decompression	Subacromial impingement syndrome
Carpal tunnel decompression	Carpal tunnel syndrome
Lumbar spine decompression	Spinal canal stenosis
Lumbar spine fusion	Degenerative disc disease
Total hip replacement	End stage osteoarthritis
Total knee replacement	End stage osteoarthritis

Table 3
Common elective orthopaedic procedures and indications (overgenomen van Blom et al., 2021)

Studie

In deze *umbrella review*, een review van systematische reviews of meta-analyses of andere studies bij gebrek aan voornoemde types, werd de klinische effectiviteit van tien orthopedische ingrepen (table 1) vergeleken met geen behandeling, placebo, of niet-operatieve zorg.

Elke analyse werd onderworpen aan de *Assessment of Multiple Systematic Reviews tool (AMSTAR)*, een instrument dat veel wordt gebruikt om de methodologische kwaliteit van systematische reviews te evalueren. Het Jadad beslissingsalgoritme, een instrument dat de bron van discordantie tussen systematische reviews bepaalt, werd gebruikt om te bepalen welke meta-analyse de beste evidentie had. Het werd en wordt nu op grote schaal gebruikt om behandelingsaanbevelingen te ontwikkelen uit meta-analyses met tegenstrijdige resultaten (zoals bijvoorbeeld in richtlijnen).

Daarenboven hebben de onderzoekers uit elke meta-analyse de resultaten van gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken met een laag risico op vertekening (bias) die het beste bewijs voor elke interventie vormen, geselecteerd en samengevat. Tenslotte hebben ze, na het verzamelen van de evidentie, de bevindingen voor elke interventie vergeleken met de nationale richtlijnen (NICE evidence search) om na te gaan of de aanbevelingen voor elke interventie in overeenstemming waren met de beschikbare evidentie.

Resultaten

Van de tien voornoemde interventies zijn er geen gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken waarin totale heupprothese en meniscusherstel voor acute scheuren zijn vergeleken met niet-operatieve zorg. De acht andere interventies zijn in dergelijke studies onderzocht en er zijn aanwijzingen dat een totale knieprothese superieur is en dat decompressie van de carpale tunnel veel beter is dan niet-operatieve zorg. Hoewel, voor beide chirurgische interventies moet men er wel een hoger risico aan complicaties bij nemen. Uit gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken is gebleken dat arthroscopische voorste kruisbandreconstructie, arthroscopische partiële meniscectomie, arthroscopisch herstel van acute rotator cuff-scheuren, arthroscopische subacromiale decompressie, lumbale spinale decompressie voor spinale kanaalstenose en spinale fusie voor degeneratieve disci vergelijkbare resultaten hebben als niet-operatieve zorg.

Hoewel zeven interventies (namelijk arthroscopische voorste kruisbandreconstructie voor voorste kruisbandruptuur, arthroscopisch herstel van de meniscus in de knie voor traumatische scheuren, arthroscopisch herstel van de rotator cuff voor acute rotator cuff-scheuren, decompressie van de carpale tunnel voor carpaal tunnelsyndroom, decompressie van de lumbale wervelkolom voor wervelkanaalstenose, en totale heupvervanging en totale knievervanging voor osteoartritis in het eindstadium) door nationale richtlijnen voor gebruik zijn aanbevolen, bestaat er voor de meeste van deze procedures geen evidentie van hoge kwaliteit over de klinische doeltreffendheid om deze aanbevelingen definitief te ondersteunen. Dit is hoofdzakelijk een gevolg van het gebrek aan gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken die de interventies vergelijken met niet-operatieve zorg.

Dit gebrek aan gegevens uit gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken betekent niet dat de interventies ondoeltreffend zijn, maar zonder gegevens uit gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken is het uiterst moeilijk een onderscheid te maken tussen *regression to the mean*, chirurgische placebo's, en het werkelijke effect van de behandeling.

Nabeschooving

Het is geweten dat ongeveer tachtig procent van de patiënten die een osteopaat consulteren dit doen met musculoskeletale klachten.²⁸ Dit maakt dat deze studie van belang kan zijn bij de begeleiding van een groot deel van onze patiënten. In hoofdzaak diegenen die niet of onvoldoende door osteopathische zorg of andere niet-chirurgische zorg geholpen worden. De resultaten van deze studie suggereren dat voor een groot deel van deze tien meest uitgevoerde chirurgische interventies voor musculoskeletale aandoeningen, de klinische effectiviteit gewoon niet gegeven is. Uiteraard kan deze effectiviteit in bepaalde omstandigheden wel gegeven zijn, of er helemaal anders uitzien voor bepaalde subpopulaties en/of *good responders*. We hebben dit ook gemerkt in de LC-OSTEO studie die we uitgebreid beschreven in onze vorige editie.²⁹

Anderzijds kunnen chirurgische ingrepen ook daadwerkelijk werken, ook al is het bewijs daarvoor nog niet geleverd, of kan het waarnemingsbewijs zo overweldigend zijn dat gerandomiseerde gecontroleerde studies onethisch of overbodig zouden worden geacht.

“Musculoskeletale aandoeningen leveren de grootste bijdrage aan de wereldwijde invaliditeit.”



**“Acht van de
tien chirurgische
ingrepen hebben
vergelijkbare
resultaten als niet-
operatieve zorg”**

Vervanging van de heup kan hiervan een voorbeeld zijn. Gaat men bij gebrek aan evidentie deze chirurgische ingrepen dan niet meer terugbetalen? Of, sterker nog, het universitair onderwijs ervan

verbieden? Neen, men onderzoekt verder en zoekt naar oplossingen die een kwalitatieve, betaalbare en ethische zorg nastreven.

Op dezelfde manier zijn er een heleboel interventies binnen de osteopathie, of ook de osteopathische zorg op zich, die op dezelfde manier zou(den) mogen benaderd worden, waarbij er niet meteen voor elke interventie een hoge graad aan evidentie dient voorgelegd te worden. Dit is eens te meer, wanneer onze osteopathische zorg vergeleken wordt met interventies zoals de chirurgie die duur is en gepaard gaat met een aanzienlijke morbiditeit, een verhoogd risico op complicaties die aan de chirurgische ingreep kunnen worden toegeschreven, en een verhoogde mortaliteit. Het is dus absoluut noodzakelijk dat wordt gezocht naar een hoge graad aan evidentie om chirurgie te ondersteunen. Wanneer hieruit blijkt dat niet-operatieve zorg gelijkwaardig is, moeten chirurgen en patiënten zorgvuldig overwegen wat zij met een operatie zouden kunnen bereiken.²⁷ Hetzelfde dient gezegd van farmacologische interventies voor musculoskeletale klachten, waarvan de klinische effectiviteit ook niet gegeven is en de complicaties niets aan de verbeelding overlaten.³⁰⁻³³

Daartegenover zijn de nevenwerkingen van osteopathische zorg verwaarloosbaar^{34, 35} en zelfs in de tweedelijnszorg lijken we alvast voor rugklachten het niet onaardig te doen.³⁶

De wetenschap hinkt steeds achter op de realiteit en dit is voor de gehele medische wetenschap het geval. Binnen de *evidence based medicine* zijn er elementen die essentieel zijn voor elke vorm van klinische praktijk, zoals de vaardigheden van kritische beoordeling die nodig is om de weg te vinden in de informatierijke en marktgedreven omgeving waarin wij als beroepsbeoefenaars leven. Gedisciplineerde scepsis, contextgevoelig redeneren en menselijke aandacht voor de behoeften van de patiënt zouden de vaardigheden moeten zijn die wij hoog in het vaandel dragen. Anderzijds wordt *evidence-based medicine* misschien wel overgewaardeerd in de eerstelijnszorg juist omdat het nalaat deze vaardigheden aan te leren, en als gevolg daarvan worden ze ondergewaardeerd.³⁷

Het dient te volstaan dat men zich inschrijft in een *evidence based* cultuur, de hoogste klinische kwaliteit nastreeft en zijn klinische modellen kritisch toetst aan de huidige stand der wetenschap. Een visie die de osteopathie zonder meer uitdraagt.^{38, 39}