

Marcel Levi

Doe meer originele studies bij 'echte' patiëntgroepen



VINCENT BOON

Meta-analytis

Een van de pijlers onder moderne geneeskunde is dat effectiviteit van diagnostiek en behandeling bewezen is. Dit bewijs wordt idealiter verkregen door gedegen vergelijkend wetenschappelijk onderzoek. Voor de echte fijnproevers van deze evidencebased geneeskunde is dit nog niet genoeg en wordt nog meer bewijs verkregen door de uitkomsten van verschillende vergelijkende onderzoeken te combineren in een zogenoemde meta-analyse. Met het bundelen van resultaten van onderzoeken in een meta-analyse wordt meer precisie en zekerheid verkregen over bijvoorbeeld effectiviteit van een therapie. Hoewel tegenstanders beweren dat door verschillen tussen de onderliggende onderzoeken op deze manier appels en peren met elkaar worden vergeleken.

Hoe populair het meta-analyseren is, toont een recent artikel in *British Medical Journal*, waaruit blijkt dat 67 procent van de meta-analyses een onderwerp betreft waarover al eerder een meta-analyse is gepubliceerd en dat de overgrote meerderheid geen nieuwe data toevoegt. Het komt zelfs dikwijls voor dat het aantal gepubliceerde meta-analyses over een onderwerp groter is dan het aantal onderliggende studies. Er zijn kennelijk academici die hun hele wetenschappelijke carrière baseren op het grenzeloos meta-analyseren van resultaten van studies die door anderen zijn verricht. Als iedereen dat zou doen in plaats van het verzamelen van nieuwe wetenschappelijke resultaten, zou de wetenschap binnen korte tijd krakend tot stilstand komen. Ik zou dus willen bepleiten dat het uitvoeren van een meta-analyse alleen is toegestaan aan hen die ook een reële bijdrage aan de onderliggende studies hebben geleverd.

Een wezenlijk probleem van de meta-analyse is ook dat veel van

de nuances van vergelijkende onderzoeken verloren gaan door lukraak einduitkomsten te stapelen. Zo volgt uit meta-analyses van een groot aantal studies dat antistolling bij patiënten met boezemfibrilleren effectief is om herseninfarcten te voorkomen. Het bewijs is overweldigend, maar bij bestudering van de onderliggende trials blijkt dat 50 tot soms meer dan 90 procent van de patiënten met boezemfibrilleren werd uitgesloten van de trial, bijvoorbeeld omdat zij al bekend waren met hart- of vaatziekte, bepaalde medicatie gebruikten of omdat ze te oud waren. En dat zijn nu net wel de patiënten met boezemfibrilleren die u en ik in onze spreekkamers zien. Heeft u enig idee hoeveel verpleeghuispatiënten aan geneesmiddelentrials meedoen, terwijl de uitkomsten van deze trials vaak wel worden toegepast op deze groep?

Een belangrijke vraag is dus of de uitkomsten van de meta-analyses en de hierop gebaseerde richtlijnen eigenlijk wel van toepassing zijn op een enorme groep patiënten die nooit aan de trials mochten meedoen. Een aantal jaar geleden is aangetoond dat patiënten die waren uitgesloten van trials met antistollingsmiddelen een veel hoger bloedingsrisico hadden als ze toch deze therapie kregen voorgeschreven.

Als er dan toch meer precisie gewenst is bij evidencebased geneeskunde, dan is het wel dat we veel meer weten welke therapie bij welke patiënt nu wel of juist niet voorgeschreven moet worden. En dat ontbreekt in vrijwel alle richtlijnen: op wie is het bewijs toepasbaar? Dus ophouden met studies stapelen in meta-analyses maar juist meer originele studies doen bij 'echte' patiëntgroepen, zoals ouderen of mensen met veel comorbiditeit. ■