



Kanttekeningen bij een lovenswaardige exercitie

R.R. van den Bos¹, M.J. Wiegman²

We doen het ontzettend veel in Nederland: Mohs micrografische chirurgie (MMC). En we gaan er meer en meer doen. In het net uitgekomen rapport van de IKNL knallen de cijfers je tegemoet. In 2022 was de incidentie van BCC plus PCC in Nederland 66.467, en dan is van de BCC's alleen nog maar het eerste BCC meegerekend. MMC is gelukkig niet nodig voor het overgrote merendeel van deze groep mensen, en om inflatie en overbehandeling te voorkomen, met het vizier ook op het dreigende zorginfarct, zouden we best wat strenger mogen zijn met de indicatiestelling. Maar dat is een stelling voor een andere keer.

Nu gaat het over wondinfecties en wel of geen antibiotica profylaxe rondom MMC. De meeste bevindingen komen van niet gerandomiseerd en vaak retrospectief onderzoek, percentages zijn consequent laag (1,4-2,7%) zonder profylaxe. Het infectiepercentage na MMC in het Erasmus MC en het UMCG (zonder standaard profylaxe) is vergelijkbaar laag (rond de 1-2%). Mogelijk is het daadwerkelijke percentage ietsje hoger. Sommige wondinfecties zullen wellicht niet geregistreerd worden, en andere zullen misschien niet in het eigen centrum vastgesteld worden. Maar bij zulke lage percentages in combinatie met een doorgaans milde ziektelast van een wondinfectie lijkt standaard profylaxe niet te verantwoorden. Temeer gezien de potentiële bijwerkingen bij een steeds kwetsbaar wordende populatie MMC patiënten.

Drie centra in Nederland hebben gezamenlijk gekeken naar het aantal wondinfecties na MMC bij verschillende antibiotica regimes in twee periodes en concluderen een niet significant verschil.

Allereerst een groot compliment voor de initiators en de uitvoerders van deze prospectieve multi-center studie. Het opzetten van de studie, includeren van patiënten en verzamelen en analyseren van de resultaten kost enorm veel tijd en energie. Bewonderenswaardig dat zij dit hebben gedaan! De auteurs geven zelf al enkele terechte limitaties van hun studie aan, waaronder een te laag aantal patiënten en verschillen in de seizoenen dat patiënten behandeld werden en verschillen in indicatiestelling voor antibiotica. Een serieuze kanttekening valt altijd te maken, hoe goed een design ook is uitgedacht. In dit geval is misschien de belangrijkste: hoeveel patiënten heb je nodig om verschil aan te tonen? Als je - niet denkend aan uitvoerbaarheid - aan de tekentafel een poweranalyse doet, uitgaande van een superiority design RCT op basis van de bestaande literatuur (twee armen, bijvoorbeeld controlegroep 96% succes en AB profylaxe 99% succes, een alpha van 5% en een 1-beta van 95%) dan heb je 1396 patiënten nodig om een verschil aan te kunnen tonen of te verwerpen. (Als je met de

uitkomsten uit deze studie had gerekend, dus 2% versus 6% had je nog steeds 1236 patiënten nodig gehad). Pas dan had je een antwoord kunnen krijgen op de vraag of antibiotica profylaxe tot minder wondinfecties leidt dan geen standaard profylaxe. Het voordeel van randomiseren is dat je geen bias hebt van weersomstandigheden, OK-omstandigheden, werkwijze per centrum, per arts etc. Overigens bij een non-inferiority design RCT, zelfs als je een 6% non-inferiority limit neemt, heb je ook >1000 patiënten nodig. Dit is natuurlijk een aantal dat in de praktijk niet of zeer moeilijk te halen is.

Wat je in de praktijk nu moet doen met het advies 'overweeg antibiotica profylaxe bij hoog-risico patiënten' blijft lastig. We weten al uit de literatuur, en dat blijkt ook weer uit deze studie, dat het aantal wondinfecties in de totale groep zo laag is dat standaard profylaxe voor de gehele groep eigenlijk niet te verdedigen is. Wel zou het fijn zijn om te weten welke patiënt nu een dusdanig verhoogd risico heeft dat je wel profylaxe zou willen geven. Uit een omvangrijk (n=>10,000 patiënten) database onderzoek (TriNetX, VS) is gebleken dat orgaangetransplanteerden (dus met immuunsuppressiva) 2% wondinfectie hadden na MMC versus 1% bij immuuncompetente patiënten. Dus zelfs in deze groep is het de vraag of het aangegeven is om profylaxe te geven. Het liefst zou je een predictie-model hebben waarin je operatie- en patiëntkarakteristieken kunt invoeren en op basis van het berekende risico wel of geen profylaxe geven. Tot die tijd: geen standaard profylaxe dus, zoals de auteurs ook met hun data hebben laten zien.

LITERATUUR

O'Donnell-Cappelli M, Mandel J, Elder A, Banner L, Nikbakht N. Increased risk of postoperative complications in organ transplant recipients undergoing Mohs micrographic surgery. *Dermatol Surg.* 2025;51(2):139-143.

CORRESPONDENTIEADRES

Renate van den Bos

E-mail: r.vandenbos@erasmusmc.nl

¹ Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Erasmus MC, Rotterdam en voorzitter van de werkgroep Mohs Micrografische Chirurgie

² Dermatoloog, afdeling Dermatologie, Universitair Medisch Centrum Groningen en lid van de werkgroep Mohs Micrografische Chirurgie