



KENNISAGENDA

NVPC UPDATE 2026

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PLASTISCHE CHIRURGIE

INITIATIEF

Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC)

MET ONDERSTEUNING VAN

Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten

FINANCIERING

Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS)

Colofon

UPDATE KENNISAGENDA NVPC

© 2026 Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie

Orteliuslaan 1

3528 BA Utrecht

030-7670484

bureau@nvpc.nl

Alle rechten voorbehouden.

De tekst uit deze publicatie mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën of enige andere manier, echter uitsluitend na voorafgaande toestemming van de uitgever.

Toestemming voor gebruik van tekst(gedeelten) kunt u schriftelijk of per e-mail en uitsluitend bij de NVPC aanvragen. Adres en e-mailadres: zie boven.



KENNISAGENDA

NVPC UPDATE 2026

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR PLASTISCHE CHIRURGIE

Samenstelling van de werkgroep

- Dr. E. Bijlard (voorzitter), plastisch chirurg, Gelre ziekenhuizen en Deventer Ziekenhuis
- Dr. J.E. Hommes, plastisch chirurg, Haaglanden Medisch Centrum
- Drs. C.A. Bargon, AIOS plastische chirurgie, Amsterdam UMC
- Drs. C.Y.M.N. Jansma, PhD student plastische chirurgie, UMC Utrecht
- Dr. J.M. Zuidam, plastisch chirurg, Erasmus MC Rotterdam
- Drs. I.C. Jongen, AIOS plastische chirurgie, Isala Ziekenhuis Zwolle
- Dr. K. Oflazoğlu, plastisch chirurg, Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk

Met ondersteuning van:

- Drs. P.L.T. Liem, directeur NVPC
- Dr. R. Zwarts - van de Putte, adviseur Kennisinstituut van Medisch Specialisten
- Drs. I. van Dijk, adviseur Kennisinstituut van Medisch Specialisten

Inhoud

1. Inleiding	6
2. Methode	8
2.1 Inventarisatie stand van zaken kennisagenda NVPC	8
2.2 Inventarisatie van nieuwe kennisvragen	8
2.3 Prioritering en opstellen van de kennisagenda	9
3. Resultaten	11
3.1 Stand van zaken van de vorige kennisagenda (2019)	11
3.2 De 10 meest relevante onderzoeksvragen (2026)	15
4. Implementatie	25
Bijlagen	
Bijlage 1. Richtlijnen	28
Bijlage 2. Patiëntorganisaties en overige belanghebbenden	29
Bijlage 3. Steunbrief Patiëntenfederatie Nederland	31
Bijlage 4. Referenties	31

Samenvatting

Plastische chirurgie draait om kennis van fijne anatomie om grote problemen op te lossen. Vanuit dit beginsel omvat deze kennisagenda de kerngebieden handchirurgie, reconstructieve chirurgie, kinderplastische chirurgie en esthetische chirurgie. Behandelingen binnen deze vakgebieden volgen vaak na een intensief traject van *samen beslissen*, waarbij *evidence-based medicine* het uitgangspunt is. Toch worden veel keuzes in de dagelijkse praktijk bemoeilijkt door het ontbreken van voldoende wetenschappelijke onderbouwing. Dit leidt tot praktijkvariatie en onzekerheid over de beste zorg voor patiënten.

Het opstellen van een kennisagenda, waarin ontbrekende kennis in de plastische chirurgie wordt beschreven in de vorm van zogenoemde kennisvragen, is een eerste stap in het proces van zorgevaluatie. Dit proces draagt bij aan meer effectieve, doelmatige en veilige patiëntenzorg. Ongewenste praktijkvariatie wordt verminderd, de kwaliteit van zorg verbetert en uiteindelijk kunnen er kosten worden bespaard.

In 2019 publiceerde de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) haar eerste kennisagenda. In de afgelopen vijf jaar zijn er meerdere

onderzoeken uitgevoerd die daarop aansluiten, met als doel onze patiënten doelmatige en kwalitatief hoogwaardige zorg te bieden. In 2024 is gestart met een update om te bepalen welke kennisvragen binnen het vakgebied nu de meeste aandacht verdienen. Er is gewerkt volgens een gestructureerde methode, met brede betrokkenheid van leden, patiëntvertegenwoordigers en andere belanghebbenden.

Allereerst is een richtlijnenanalyse uitgevoerd en zijn enquêtes verspreid onder de leden van de NVPC en andere belanghebbenden, waaronder patiëntenorganisaties. Uit deze inventarisatie kwamen in totaal 463 kennisvragen naar voren. Na ontdebelling en beoordeling bleven 96 kennisvragen over. Tijdens een prioriteringsbijeenkomst met 27 deelnemers zijn deze beoordeeld op relevantie, urgentie, impact op het vakgebied en de maatschappij, implementeerbaarheid en aansluiting bij patiënteninbreng. Alle betrokkenen konden vervolgens stemmen op de voor hen belangrijkste vragen. De tien meest relevante kennisvragen, die gezamenlijk de volle breedte van de plastische chirurgie beslaan zijn:

Basaal onderzoek en algemene plastische chirurgie

- a. Leidt het hanteren van een BMI-grens bij borst- of contourchirurgie (veelgebruikte grens: BMI <30) tot minder complicaties en betere postoperatieve uitkomsten bij patiënten? - [lees meer](#)
- b. Leidt het dragen van postoperatieve drukkleding, bijvoorbeeld na liposuctie of mammachirurgie, tot betere postoperatieve uitkomsten ten opzichte van het niet dragen van drukkleding? - [lees meer](#)
- c. Wat is de meest effectieve aanpak van littekenhypertrofie en de follow-up hiervan bij chirurgische wonden? - [lees meer](#)

Kinderplastische chirurgie

- a. Wat is de beste timing en techniek voor een palatumsluiting, en geeft een één- of tweefasesluiting de beste uitkomsten? - [lees meer](#)

Handchirurgie

- a. Wat is de beste (chirurgische of conservatieve) behandeling voor recidief of persisterende compressie neuropathieën? - [lees meer](#)
- b. Hoe kan de uitkomst van zenuwchirurgie na laceratie of doorsnijding worden verbeterd: distale zenuwtranspositie, primair herstel of peestranspositie? - [lees meer](#)

Reconstructieve chirurgie

- a. Wat is het effect van vroeg sluiten van de weke delen (binnen 72 uur) ten opzichte van vertraagd sluiten bij patiënten met open fracturen? - [lees meer](#)
- b. Hoe kunnen uitkomsten van verschillende typen postmastectomieborstreconstructies patiënt-specifiek worden voorspeld om klinische en gedeelde besluitvorming te ondersteunen? - [lees meer](#)
- c. Welke patiënt- en zorggerelateerde factoren zijn geassocieerd met het ervaren van spijt na (gender)reconstructieve chirurgie, zowel bij patiënten als bij zorgverleners? - [lees meer](#)

Esthetische reconstructieve chirurgie

- a. Bij welke subgroep vrouwen met borstimplantaten komen gezondheidsklachten vaker voor, wat is de oorzaak, en wat is het effect van explantatie op de prevalentie van deze klachten? - [lees meer](#)

Deze tien vragen vertegenwoordigen de belangrijkste kennisvragen binnen de plastische chirurgie. De NVPC stimuleert dat deze kennisvragen de komende jaren worden opgepakt in nieuwe onderzoeksprojecten en subsidieaanvragen, onder andere binnen de doorlopende subsidierondes van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG).

Met deze kennisagenda zet de NVPC een volgende stap in het structureel versterken van de wetenschappelijke basis van het vakgebied. Daarmee wordt een steviger fundament gelegd voor passende, doelmatige en toekomstbestendige plastisch-chirurgische zorg.



1 INLEIDING

1. Inleiding

De Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC) is de wetenschappelijke vereniging van plastisch chirurgen en toevoorders. Zij zet zich in voor optimale plastisch chirurgische zorg voor patiënten. Plastisch chirurgen streven continu naar verbetering van de kwaliteit en innovatie van de zorg. Om dat de bereiken gebruikt de NVPC verschillende instrumenten, zoals verplichte nascholing voor alle praktiserende artsen, landelijke uitkomstenregistraties, het opstellen en actualiseren van richtlijnen en kwaliteitsvisities. Ook bevordert de vereniging dat patiënten actief deelnemen aan verbetering van de zorg.

De kennisagenda van de NVPC uit 2019 vormde een belangrijke stap in de kennis-kwaliteitscyclus. Veel van de destijds geformuleerde kennisvragen zijn nader onderzocht. Door de breedte van die onderzoeksvragen blijven er echter onderwerpen over, terwijl de voortgang van wetenschappelijk onderzoek ook nieuwe vragen oproept. Met deze tweede kennisagenda wil de NVPC voortbouwen op de eerdere resultaten en nog meer draagvlak creëren. De vereniging stimuleert daarbij ook bestaande onderzoeksgroepen tot eigenaarschap van de kennisvragen en het sneller vertalen van onderzoek naar de praktijk.

Het doel van deze kennisagenda is om de belangrijkste kennisvragen binnen de plastische chirurgie te beschrijven die gericht zijn op zorgevaluatie. Daarbij wordt ook een plan van aanpak geschetst om deze vragen in de komende jaren uit te werken, zodat de kennisagenda daadwerkelijk leidt tot verbetering van zorg.

Definitie Zorgevaluatie:

Zorgevaluatie is onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van bestaande zorg. Dat wil zeggen behandelingen, diagnostiek, nazorg of organisatie van zorg waar al ruime ervaring mee is opgedaan. Ruime ervaring betekent dat de zorg in meerdere (academische en/of algemene) ziekenhuizen in Nederland wordt toegepast, tenzij de zorg beargumenteerd geconcentreerd is in specifieke centra. Daarnaast wordt de zorg in een substantieel deel van de in aanmerking komende patiënten toegepast.

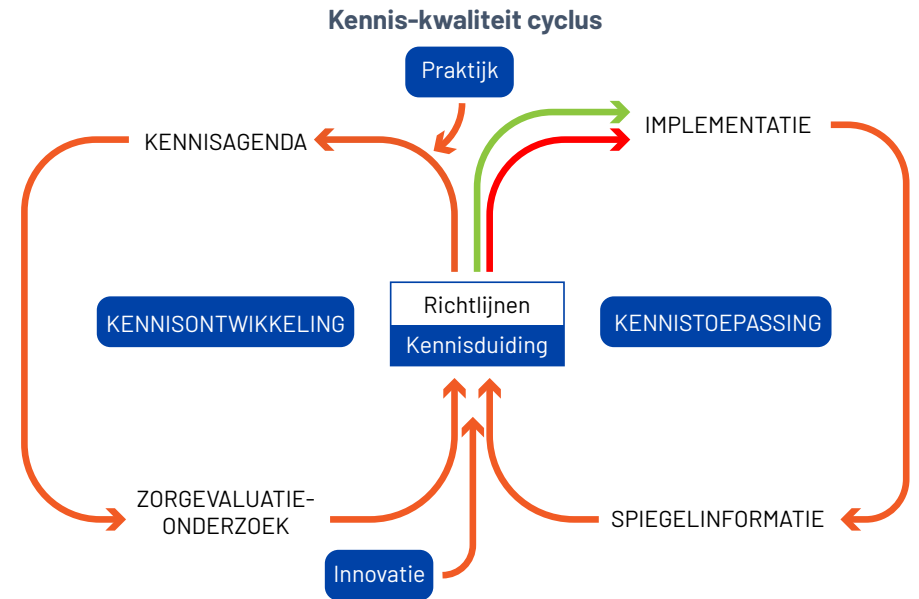
Zorgevaluatie is meer dan alleen het uitvoeren van vergelijkend onderzoek. Het is een proces met verschillende stappen: het inventariseren en prioriteren van openstaande kennisvragen, het programmeren en uitvoeren van studies, en het implementeren van resultaten in de praktijk.

Het bundelen en prioriteren van kennisvragen binnen de plastische chirurgie geeft richting aan de verdere ontwikkeling van het vakgebied. Zo kunnen onderzoeken worden opgezet naar onderwerpen die breed worden gedragen en een aantoonbare impact hebben op de kwaliteit van zorg. Onderzoeksresultaten versterken de koppeling met richtlijnen, maken effectievere zorg mogelijk en helpen ongewenste praktijkvariatie terug te dringen.

Zorgevaluatie moet in de eerste plaats leiden tot gezondheidswinst voor patiënten. Daarnaast kunnen de resultaten zorgen voor een betere onderbouwing van richtlijnen en een doelmatiger inzet van zorgmiddelen. De kennisvragen in deze kennisagenda komen voort uit de dagelijkse praktijk van plastisch chirurgen en hun samenwerking met andere zorgverleners. Zij beslaan alle onderdelen van de zorg: klinisch, poliklinisch, transmuraal en ziekenhuis verplaatste zorg.

Het streven is te komen tot een integraal kwaliteitsbeleid waarin verschillende kwaliteitsinstrumenten samenhangend worden ontwikkeld, toegepast, geëvalueerd en verbeterd. Dit beleid is gericht op continue verbetering en borging van de kwaliteit van zorg.

Deze samenhang wordt weergegeven in de kennis-kwaliteitscyclus (Figuur 1). De cyclus begint met het beschrijven van goede zorg in richtlijnen en het periodiek bijstellen daarvan op basis van nieuwe inzichten. Vervolgens zijn er twee routes:



Figuur 1. De kennis-kwaliteitscyclus

- 1. Kennistoepassing:** het implementeren van aanbevelingen uit richtlijnen in de dagelijkse praktijk en het meten van de effecten via spiegelinformatie. Daarmee kan worden beoordeeld of de kwaliteit van zorg daadwerkelijk verbetert.
- 2. Kennisontwikkeling:** het ophalen van kennisvragen (kennishiaten) uit richtlijnen en andere bronnen, het prioriteren van die vragen in een kennisagenda en het uitvoeren van zorgevaluatiestudies om ze te beantwoorden.

De resultaten uit zowel zorgevaluatie als spiegelinformatie worden daarna opnieuw geduid in richtlijnen. Zo ontstaat een continue kennis-kwaliteitscyclus die bijdraagt aan een leer- en verbetercultuur binnen de plastische chirurgie.

2 METHODE

2. Methode

De kennisagenda is opgebouwd uit drie onderdelen:

- de inventarisatie van de stand van zaken van de kennisagenda uit 2019;
- de inventarisatie van nieuwe kennisvragen binnen de plastische chirurgie;
- de prioritering van de belangrijkste kennisvragen voor de dagelijkse praktijk van de plastisch chirurg.

2.1 Inventarisatie stand van zaken kennisagenda NVPC

De voortgang van de kennisvragen uit de kennisagenda van 2019 wordt gevolgd door de Wetenschappelijke Koepel van de NVPC (WKNVPC). Veel van deze kennisvragen zijn breed geformuleerd en kunnen niet met één klinische studie volledig worden beantwoord. In de afgelopen jaren zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd die aansluiten bij de tien destijds geprioriteerde kennisvragen. Deze inventarisatie biedt daarmee inzicht in de voortgang en in nog openstaande kennisvragen.

2.2 Inventarisatie van nieuwe kennisvragen

Binnen de plastische chirurgie is systematisch onderzocht waar nog kennisvragen bestaan in de wetenschappelijke onderbouwing van het medisch handelen. Deze inventarisatie is uitgevoerd aan de hand van drie stappen:

1. analyse van bestaande nationale richtlijnen;
2. online inventarisatie onder leden van de NVPC;
3. online inventarisatie onder overige belanghebbenden, waaronder patiëntenorganisaties.

2.2.1 Identificatie van kennisvragen in richtlijnen

Voor de identificatie van openstaande kennisvragen uit medisch specialistische richtlijnen zijn richtlijnen geselecteerd die tussen 2018 en 2025 zijn gepubliceerd en door de NVPC geautoriseerd. In totaal werden 40 richtlijnen gescreend (zie bijlage 1). Conclusies met een lage bewijskracht (niveau 3 of 4; GRADE laag of zeer laag) zijn aangeduid als kennisvraag. Daarnaast zijn door de richtlijnwerkgroepen gedefinieerde kennisvragen integraal meegenomen. De analyse leverde 325 kennisvragen op.

2.2.2 Identificatie van kennisvragen genoemd door leden van de NVPC

Alle leden van de NVPC zijn per e-mail uitgenodigd om maximaal vijf kennisvragen aan te leveren vanuit hun dagelijkse praktijk. Daarbij werd gevraagd de vragen als onderzoeksvraag te formuleren en, indien mogelijk, kort toe te lichten. In totaal hebben 69 leden input geleverd. Dat resulteerde in 114 kennisvragen.

2.2.3 Identificatie van kennisvragen door overige belanghebbenden

Ook andere belanghebbenden, waaronder patiëntenorganisaties (zie bijlage 2), zijn benaderd via een online vragenlijst. Zij konden eveneens maximaal vijf kennisvragen indienen, bij voorkeur geformuleerd als onderzoeksvraag met toelichting. Elf organisaties hebben deelgenomen: vijf patiëntenorganisaties (Neurofibromatose Vereniging Nederland, Transvisie, Stichting Olijf, Nationale Vereniging ReumaZorg Nederland, Landelijke Patiënten- en Oudervereniging voor Schedel- en/of Aangezichtsandoeningen (LAPOSA)) en zes (wetenschappelijke) verenigingen (Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH), Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA), Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN), Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulpartsen (NVSHA), Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR), Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO), en Dutch Orbital Society (DOS) van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG)). Samen leverden zij 24 kennisvragen aan.

2.2.4 Totaal geïdentificeerde kennisvragen

De richtlijnenanalyse en de inventarisatie onder leden en overige belanghebbenden leverden in totaal 463 kennisvragen op. De werkgroep heeft deze lijst teruggebracht tot 96 vragen. Dit heeft de werkgroep gedaan door in tweetallen een aantal vragen te beoordelen op basis van onderstaande criteria:

- vragen die niet primair over plastische chirurgie gaan;
- vragen buiten de medisch specialistische zorg;
- vragen waar al onderzoek naar loopt;
- vragen waarvoor al kennis bestaat maar nog geen standpunt in een richtlijn is opgenomen;
- implementatieproblemen (kennis is aanwezig maar nog niet ingevoerd);
- vragen die moeilijk te onderzoeken zijn of niet als onderzoeksvraag te formuleren;
- vragen die niet over zorgevaluatie gaan.

Eventuele verschillen in beoordeling zijn besproken tot overeenstemming was bereikt. Overlappende of vergelijkbare vragen zijn samengevoegd.

De resterende 96 kennisvragen zijn vervolgens verdeeld over vijf deelgebieden:

- basaal onderzoek en algemene plastische chirurgie;
- reconstructieve chirurgie;
- handchirurgie;
- kinderplastische chirurgie;
- esthetische chirurgie.

2.3 Prioritering en opstellen van de kennisagenda

2.3.1 Prioriteringsbijeenkomst

Op 12 mei 2025 vond de prioriteringsbijeenkomst plaats. Hierin werden de 96 kennisvragen besproken en beoordeeld. Aan de bijeenkomst namen achttien NVPC-leden, zes patiëntvertegenwoordigers en drie overige belanghebbenden deel. De vragen, geformuleerd als onderzoeksvragen, zijn verdeeld over vier thematische discussiegroepen:

- 1: basaal onderzoek en algemene plastische chirurgie;
- 2: reconstructieve chirurgie en overig;
- 3: handchirurgie;
- 4: kinder- en esthetische chirurgie.

Elke groep besprak de kennisvragen aan de hand van de volgende criteria:

- onderzoekbaarheid en haalbaarheid (inclusief financierbaarheid);
- relevantie (ernst, prevalentie);
- urgentie;
- impact op vakgebied en maatschappij;
- implementeerbaarheid;
- aansluiting bij patiënteninbreng.

In de eerste ronde streefden de groepen naar een halvering van het aantal vragen per deelgebied. De deelnemers werden willekeurig verdeeld om te voorkomen dat persoonlijke voorkeuren de prioritering beïnvloedden. In de tweede ronde werden de deelnemers ingedeeld op basis van hun expertise. Opnieuw werd gestreefd naar een halvering van de resterende vragen. Uiteindelijk werden 24 kennisvragen als meest belangrijk aangemerkt.

Vervolgens ontvingen alle genodigden, stakeholders en NVPC-leden een digitale enquête (Microsoft Forms) waarin zij hun vijf belangrijkste kennisvragen konden selecteren.

2.3.2 Methodiek definitieve prioritering Kennisagenda

Na afloop van de bijeenkomst en de digitale stemronde beoordeelde de werkgroep de hoogst geprioriteerde kennisvragen opnieuw. Daarbij zijn de volgende aspecten opnieuw meegewogen: relevantie (ernst, prevalentie, kosten), urgentie, impact op het vakgebied en op de maatschappij en het aantal stemmen dat door de patiëntenorganisaties is uitgebracht. Prioriteringen van deelnemers die aanwezig waren bij de bijeenkomst wogen zwaarder dan die van deelnemers die niet aanwezig waren.

De werkgroep hield daarnaast rekening met:

- haalbaarheid van het onderzoek (kosten, benodigde tijd, kans op succes);
- maatschappelijk draagvlak en aansluiting bij andere stakeholders, zoals patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars. Onderwerpen waaraan vanuit meerdere perspectieven prioriteit werd gegeven verdienen daarom de voorkeur;
- eventueel lopend onderzoek dat mogelijk een antwoord zal bieden;
- aansluiting bij bestaande richtlijnen, zodat resultaten snel kunnen worden geïmplementeerd;
- evenwichtige vertegenwoordiging van de verschillende deelgebieden.

Op basis van deze afwegingen stelde de werkgroep de uiteindelijke lijst met tien kennisvragen samen. Deze vragen zijn niet gerangschikt op prioriteit. De lijst is op 7 oktober 2025 voorgelegd aan het bestuur van de NVPC en daarna bekrachtigd.

3 RESULTATEN

3. Resultaten

3.1 Stand van zaken van de vorige kennisagenda (2019)

Sinds de publicatie van de eerste kennisagenda van de NVPC in 2019 is voor een groot aantal kennisvragen nieuwe inzichten verkregen. Dit komt door onderzoeken die de afgelopen jaren zijn uitgevoerd. In dit hoofdstuk worden de nieuwe inzichten van zes van de tien kennisvragen uit 2019 uitgelicht. Daarbij is het belangrijk te vermelden dat uitsluitend naar Nederlands onderzoek wordt gerefereerd. Naast deze Nederlandse studies zijn er uiteraard ook internationale publicaties die (delen van) de kennisvragen adresseren en het Nederlandse beleid mede beïnvloeden. Om deze redenen vormt het hieronder weergegeven overzicht van relevante onderzoeksinitiatieven mogelijk geen volledig overzicht van alle onderzoeken die betrekking hebben op de kennisvragen uit de kennisagenda van de NVPC uit 2019.



Kinderplastische chirurgie

KENNISVRAAG: Wat is het optimale moment (o.a. kijkend naar spraakontwikkeling en kaakuitgroei) en de optimale chirurgische techniek voor het sluiten van respectievelijk de lipspleet en de gehemeltspleet bij kinderen met een (cheilognatho-)palatoschisis?

In de Nederlandse schisiszorg is de afgelopen jaren steeds meer uniformiteit bereikt in het meten van uitkomsten. Deze ontwikkeling is essentieel om resultaten van verschillende behandelprotocollen betrouwbaar met elkaar te

kunnen vergelijken (Mossey, 2023). De grootste variatie tussen behandelcentra betreft de timing van het sluiten van het harde palatum. Recent onderzoek vergeleek vier behandelprotocollen op spraakuitkomsten. Daaruit blijkt dat vroege sluiting van het harde gehemelte leidt tot betere spraak op jonge leeftijd (van Roey, 2025a). Op 22-jarige leeftijd werden er echter geen significante verschillen meer in spraak gezien, maar er werden wel vaker heroperaties voor spraakproblemen uitgevoerd bij late sluiting (van Roey, 2025a). Naast de timing wordt ook onderzocht of de toegepaste chirurgische technieken verschillen opleveren. In het Wilhelmina Kinderziekenhuis in Utrecht loopt de CLEAR-studie (*Comparison of outcome in cLEft palate surgery After three different types of surgical Repair techniques*). Deze studie vergelijkt drie operatietechnieken voor het sluiten van het zachte gehemelte bij kinderen met een palatoschisis.

Conclusie: De kennisvraag is deels beantwoord. Er zijn aanwijzingen dat vroege sluiting van het harde gehemelte gunstig is voor de spraakontwikkeling, maar de optimale techniek en de invloed op kaakgroei vragen nog om verder onderzoek.



Esthetische reconstructieve chirurgie

KENNISVRAAG: Wat zijn de langetermijneffecten van siliconen prothesen op de gezondheid en zijn er bepaalde subgroepen met een hoger risico op gezondheidsproblemen?

De afgelopen jaren is er veel vooruitgang geboekt in het verkrijgen van meer inzicht in *Breast Implant Illness* (BII, voorheen ook ASIA-syndroom genoemd). Op basis van gegevens uit de landelijke implantatenregistratie (DBIR) zijn diverse studies gestart om BII beter te begrijpen. Een belangrijke stap was de koppeling van DBIR-gegevens met huisartsenregistraties. Uit dit onderzoek blijkt dat vrouwen twee jaar na een borstvergroting vaker met klachten naar

de huisarts gaan dan vóór de ingreep, en ook vaker dan vrouwen zonder borstvergroting (Lieferring, 2024). Ondanks deze verhoogde zorgconsumptie blijft het totale percentage van het aantal implantaties waarbij daadwerkelijk BII-gerelateerde klachten worden gerapporteerd zeer laag (<5%) (Lieferring, 2022). Het voorkomen van klachten na borstreconstructie met siliconen implantaten is recent vergeleken met drie controlegroepen: vrouwen na een mastectomie zonder borstreconstructie, vrouwen met een autologe borstreconstructie en vrouwen die een mammasparende behandeling voor borstkanker ondergingen. Uit deze analyse blijkt dat binnen deze groep van vrouwen die behandeld werden voor borstkanker een borstreconstructie met siliconen borstimplantaten niet leidt tot een verhoogde mate van BII-gerelateerde klachten (Spoor, 2025). Daarnaast is onderzocht of vrouwen na een borstreconstructie met siliconen implantaten vaker de huisarts bezoeken in verband met klachten. Gedurende de eerste drie jaar postoperatief werd er geen toename gezien in het aantal klacht gerelateerde huisartsconsulten, vergeleken met zowel de periode voor de reconstructie als met controlegroepen (Lieferring, 2025).

Conclusie: De kennisvraag is deels beantwoord. Er zijn geen aanwijzingen dat siliconenimplantaten leiden tot meer gezondheidsproblemen na borstreconstructie. Er is nog aanvullend onderzoek nodig naar mogelijke langetermijneffecten en subgroepen met een verhoogde gevoeligheid voor klachten.

Ook blijft er aandacht voor andere langetermijneffecten, zoals gevolgen van een ruptuur van een implantaat en BIA-ALCL (breast implant associated anaplastic large cell lymphoma).



Reconstructieve chirurgie

KENNISVRAAG: Wat is de beste timing van mammareconstructie ten opzichte van radiotherapie en wat is de beste reconstructievorm indien radiotherapie nodig is (geweest)?

Uit onderzoek van Reinders (2020) blijkt dat bij vrouwen die na een directe borstreconstructie met een siliconenprothese radiotherapie krijgen, het risico op reconstructie falen aanzienlijk is (21%). Vooral het risico op kapselcontractuur is hoog (17%). Kooijman (2025) vindt geen verschil in het falen van de reconstructie tussen vrouwen die wel of geen postoperatieve bestraling ondergaan (5,9 versus 6,1%) in de eerste 16 weken na de operatie. Hoewel bij directe prothesereconstructies gevolgd door radiotherapie het percentage ernstige complicaties 22% bedraagt en 8% van deze reconstructies faalt, is het totale aantal benodigde operaties alsnog lager dan bij secundaire borstreconstructies na eerdere radiotherapie (Kooijman, 2025).

Bij vrouwen met een indicatie voor radiotherapie die geen borstreconstructie ondergaan, komt dat in de meeste gevallen door de voorkeur van de patiënt zelf (94%). De kenmerken van de tumor spelen hierbij een kleinere rol dan demografische en lichamelijke factoren (Kooijman, 2023).

Jansen (2025) toont aan dat vrouwen met een directe autologe borstreconstructie gevolgd door radiotherapie, ondanks meer fibrose in de gereconstrueerde borst, even tevreden zijn als vrouwen die eerst radiotherapie kregen en later een secundaire autologe reconstructie ondergingen. In de prospectieve DIRECT (Direct versus delayed DIEP REConstruction in the context of post-mastectomy radiation Therapy)-studie de effecten van postmastectomie radiotherapie op patiëntgerapporteerde tevredenheid, kwaliteit van leven, radiotherapie-geïnduceerde toxiciteit, cosmetische

uitkomsten, postoperatieve complicaties en het aantal operatieve touch-ups bij vrouwen die een directe of indirecte autologe borstreconstructie ondergaan.

Nelissen (2025a) toont in een systematische review aan dat neo-adjuvante radiotherapie gevolgd door directe borstreconstructie kan leiden tot een hogere patiënttevredenheid, lagere complicatiepercentages en een kortere totale behandelduur vergeleken met adjuvante radiotherapie. Gerandomiseerde vergelijkende studies tussen neo-adjuvante radiotherapie en adjuvante radiotherapie zijn echter nodig om deze bevindingen te bevestigen. Het effect van neo-adjuvante radiotherapie gevolgd door een mastectomie en directe borstreconstructie -zowel protheses-gebaseerd als autoloog- op complicaties, patiënttevredenheid, esthetische uitkomsten en pathologische respons tot drie maanden postoperatief wordt momenteel onderzocht in de BRENAR-trial (Nelissen, 2025b). De **CONRAD studie**, gefinancierd door ZonMW, onderzoekt daarnaast de beste timing en vorm van borstreconstructie wanneer thoraxwand-bestraling is geïndiceerd. De deelnemers worden vijf jaar gevolgd.

Conclusie: De kennisvraag is deels beantwoord. Er is steeds meer inzicht in de complicaties en tevredenheid van verschillende reconstructievormen in relatie tot radiotherapie. Uit onderzoek blijkt dat directe reconstructie met een siliconenprothese gevolgd door radiotherapie mogelijk is, maar een groter risico op complicaties geeft. Directe autologe reconstructie gevolgd door radiotherapie geeft goede patiënttevredenheid. De optimale timing en vorm van reconstructie ten opzichte van radiotherapie is echter nog niet vastgesteld. De lopende DIRECT-, BRENAR- en CONRAD-studies zullen naar verwachting meer duidelijkheid geven over de beste aanpak.

KENNISVRAAG: Wat is de beste chirurgische behandeling voor lymfoedeem en in welk stadium? (Lymfoveneuze anastomose, gevasculariseerde lymfekliertransplantatie, liposuctie)

Een gerandomiseerde studie heeft de effecten onderzocht van een lymfoveneuze anastomose (LVA) vergeleken met een conservatieve behandeling bij lymfoedeem van de arm na borstkanker. De resultaten laten zien dat LVA het fysieke en mentale functioneren van patiënten met lymfoedeem verbetert. Hoewel na zes maanden geen significant verschil in armvolume werd gevonden, kon 40% van de

vrouwen in de operatieve groep het dragen van compressiekousen verminderen of zelfs volledig stoppen (Jonis, 2024). Als vervolg op deze studie is de N-LVA-studie gestart, een gerandomiseerde dubbelblinde trial waarin lymfoveneuze anastomosen worden vergeleken met een 'sham'-operatie. Deze studie, die zich richt op zowel effectiviteit als kosteneffectiviteit van LVA bij chronisch perifeer lymfoedeem na kanker, wordt gefinancierd vanuit de subsidieregeling Veelbelovende zorg van ZonMw (Kleeven, 2024).

Conclusie: De kennisvraag is gedeeltelijk beantwoord. De eerste resultaten tonen aan dat een lymfoveneuze anastomose kan bijdragen aan beter fysiek en mentaal functioneren bij mensen met lymfoedeem, hoewel het effect op armvolume beperkt lijkt. De lopende N-LVA-studie zal meer duidelijkheid geven over de effectiviteit van deze behandeling in vergelijking met een placebo-operatie. Voor andere chirurgische opties, zoals gevasculariseerde lymfekliertransplantatie en liposuctie, is aanvullend onderzoek nodig om te bepalen in welk stadium van lymfoedeem welke ingreep het meest geschikt is.

KENNISVRAAG: Wat is het effect van lipofilling op de kwaliteit van bestraald weefsel?

Na de positieve resultaten van de BREAST-trial (Piatkowski, 2023) en de BREAST-2 trial (Wederfoort, 2023) is volledige borstreconstructie met lipofilling vanaf 2023 opgenomen in het basispakket van de zorgverzekeraars. Deze behandeling wordt op dit moment echter niet vergoed bij vrouwen die eerder radiotherapie hebben ondergaan. De onderzoeksgroep van de BREAST-trial heeft inmiddels een protocol opgesteld voor vervolgonderzoek naar de effectiviteit van volledige autologe borstreconstructie met lipofilling bij bestraald weefsel. Voor dit onderzoek wordt momenteel subsidie aangevraagd.

Conclusie: De kennisvraag is nog niet beantwoord. Lipofilling is inmiddels een erkende reconstructiemethode bij niet-bestraald weefsel, maar het effect op de kwaliteit en herstel van bestraald weefsel is nog niet onderzocht. Vervolgonderzoek moet uitwijzen of lipofilling ook in deze situatie veilig en effectief kan worden toegepast. Voorbereidingen zijn hiervoor in volle gang.



Handchirurgie

KENNISVRAAG: Wat is de beste behandeling bij persistente CTS-klachten na decompressie van de pols?

Er is een landelijke inventarisatie uitgevoerd onder specialisten die carpaletunnelsyndroom opereren, met als doel de praktijkvariatie bij de behandeling van aanhoudende klachten na decompressie in kaart te brengen. De Hand-Wrist Study Group heeft een analyse gedaan naar de resultaten zes maanden na een revisieoperatie in vergelijking met een eerste operatieve behandeling. De resultaten laten zien dat ook een tweede operatie leidt tot duidelijke vermindering van de klachten. De uitkomsten zijn slechts 16% minder goed dan na een eerste ingreep (Ten Heggeler, 2022).

Conclusie: De kennisvraag is grotendeels beantwoord. Een revisieoperatie bij persistente klachten na decompressie van de pols kan een effectieve behandeling zijn, met goede functionele resultaten. Er is nog beperkt inzicht in welke factoren voorspellen wie het meest baat heeft bij een heroperatie. Verder onderzoek kan helpen om de selectie van patiënten te verbeteren en overbehandeling te voorkomen.

De afgelopen jaren is op veel kennisvragen vooruitgang geboekt, maar voor geen enkele kennisvraag is volledige duidelijkheid verkregen. De meeste thema's blijven onderwerp van onderzoek en kennisontwikkeling. De lopende en geplande studies laten zien dat de Nederlandse plastisch-chirurgische gemeenschap actief werkt aan beter onderbouwde en meer persoonsgerichte zorg.

3.2 De 10 meest relevante onderzoeksvragen (2026)

Op basis van de prioriteringsbijeenkomst en discussie binnen de werkgroep is een lijst met de 10 meest relevante en urgente onderzoeksvragen samengesteld. De onderzoeksvragen zijn in **willekeurige volgorde** in het volgende hoofdstuk uitgewerkt. Naast de kennisvraag met toelichting, is ook beschreven wat de oorsprong van de vraag is en aan welke relevante richtlijnen de kennisvraag gerelateerd is.

Leidt het hanteren van een BMI-grens bij borst- of contourchirurgie (veelgebruikte grens: BMI <30) tot minder complicaties en betere postoperatieve uitkomsten bij patiënten?

Leidt het dragen van postoperatieve drukkleding, bijvoorbeeld na liposuctie of mammachirurgie, tot betere postoperatieve uitkomsten ten opzichte van het niet dragen van drukkleding?

Wat is de meest effectieve aanpak van littekenhypertrofie en de follow-up hiervan bij chirurgische wonden?

Wat is de beste timing en techniek voor een palatumsluiting, en geeft een één- of tweefasesluiting de beste uitkomsten?

Wat is de beste (chirurgische of conservatieve) behandeling voor recidief of persisterende compressie neuropathieën?

Hoe kan de uitkomst van zenuwchirurgie na laceratie of doorsnijding worden verbeterd: distale zenuwtranspositie, primair herstel of peestranspositie?

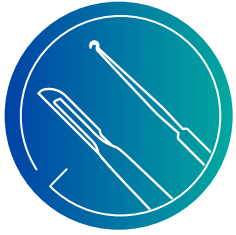
Wat is het effect van vroeg sluiten van de weke delen (binnen 72 uur) ten opzichte van vertraagd sluiten bij patiënten met open fractures?

Hoe kunnen uitkomsten van verschillende typen postmastectomieborstreconstructies patiënt-specifiek worden voorspeld om klinische en gedeelde besluitvorming te ondersteunen?

Welke patiënt- en zorggerelateerde factoren zijn geassocieerd met het ervaren van spijt na (gender)reconstructieve chirurgie, zowel bij patiënten als bij zorgverleners?

Bij welke subgroep vrouwen met borstimplantaten komen gezondheidsklachten vaker voor, wat is de oorzaak, en wat is het effect van explantatie op de prevalentie van deze klachten?

3.2.1 Toelichting bij geprioriteerde onderzoeksvragen



BASAAL ONDERZOEK EN ALGEMENE PLASTISCHE CHIRURGIE

a. Leidt het hanteren van een BMI-grens bij borst- of contourchirurgie (veelgebruikte grens: BMI <30) tot minder complicaties en betere postoperatieve uitkomsten bij patiënten?

33 keer geprioriteerd (24 NVPC-leden, 9 overige belanghebbenden)

P: Patiënten die een borstoperatie of contourherstellende chirurgie ondergaan

I: Het hanteren van een BMI-grens (bijvoorbeeld <30) als voorwaarde voor operatie

C: Geen vaste BMI-grens, maar individuele risicostratificatie zonder harde grens

O: Vermindering van postoperatieve complicaties, verbetering van patiënt-gerapporteerde uitkomsten

Toelichting

Obesitas wordt wereldwijd erkend als een belangrijk en groeiend probleem binnen de volksgezondheid. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) definieert obesitas als een body mass index (BMI) van 30 kg/m² of hoger (WHO, 1998). In Nederland heeft momenteel ongeveer 15,7% van de volwassen bevolking obesitas. Daarbij komt obesitas vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (Plasmans, 2024). Het gebruik van BMI als criterium voor het bepalen van behandelkeuzes bij patiënten vormt een onderwerp van discussie. Binnen de plastische chirurgie wordt overgewicht beschouwd als een belangrijke risicofactor voor postoperatieve complicaties, met name bij borst- en contourherstellende ingrepen, zie hiervoor de richtlijn [abdominoplastiek](#) en

de richtlijn [contourherstellend postbariatrisch chirurgie](#). De huidige praktijk is echter heterogeen: sommige centra hanteren een strikte BMI-grens van <30, terwijl andere opereren tot een BMI van 35 en daarbij uitgaan van een individuele risicobeoordeling (inclusief roken en leefstijl). Deze verschillen hangen deels samen met de zorgsetting, waarbij in de verzekerde zorg vaak strengere BMI criteria gelden dan in de privépraktijk, waar meer ruimte is voor individuele afwegingen. De literatuur toont een duidelijke associatie tussen een BMI >30 en een verhoogd risico op wondproblemen, infecties, necrose en seroomvorming (Shermak, 2012; Winocour, 2015). Daarnaast rapporteren verschillende studies dat patiënten met een hogere BMI een langere operatietijd en een grotere kans op reoperatie hebben (Winocour, 201; Yu, 2024).

Het merendeel van deze onderzoeken betreft retrospectieve en singlecenter cohortstudies zonder adequate correctie voor confounders zoals rookgedrag, comorbiditeit en leefstijl. Ook ontbreekt nog inzicht in de invloed van BMI op patiënt-gerapporteerde uitkomsten zoals tevredenheid, esthetisch resultaat en kwaliteit van leven, gemeten met gevalideerde instrumenten zoals de BREASTQ of BODYQ. Hoewel onderzoek aantoont dat contourherstellende chirurgie leidt tot verbeteringen in kwaliteit van leven, is de rol van BMI hierop nog nauwelijks onderzocht (van den Berg, 2025). Verdere studies zijn nodig om te bepalen of BMI een onafhankelijke voorspeller is van zowel complicaties als tevredenheid na borst- of contourchirurgie, en welke BMI-grens daarbij het meest klinisch relevant en gerechtvaardigd is.

Koppeling met richtlijnen:

- [Abdominoplastiek](#)
- [Borstreconstructie](#)
- [Contourherstellende postbariatrische chirurgie](#)
- [Mammareductie](#)

Oorsprong van kennisvraag:

Ingebracht door NVPC-lid als: *“Is BMI van 30 een juiste reden om een operatie niet te vergoeden? Met daarbij de volgende toelichting: Ik vraag me af wat de extra risico's zijn bij bv mensen die een mammareductie willen en wat zwaarder zijn.”*

De vraag is voor de prioriteringsbijeenkomst door de werkgroep aangepast naar: *“Welke harde contra-indicaties (zoals BMI >30 en roken) moeten worden gesteld om een operatie binnen de reconstructieve en contourchirurgie niet uit te voeren, met als doel de veiligheid van patiënten te waarborgen?”*. Na prioritering werd de vraag in de huidige vorm geformuleerd door de werkgroep.

b. Leidt het dragen van postoperatieve drukkleiding, bijvoorbeeld na liposuctie of mammachirurgie, tot betere postoperatieve uitkomsten ten opzichte van het niet dragen van drukkleiding?

17 keer geprioriteerd (8 NVPC-leden, 9 overige belanghebbenden)

P: Patiënten die reconstructieve chirurgie, zoals liposuctie, mammachirurgie of contourherstellende post-bariatrische chirurgie, ondergingen.

I: Postoperatief dragen van drukkleiding.

C: Postoperatief niet dragen van drukkleiding.

O: Complicaties, contouronregelmatigheden, genezingsduur en tijd tot werk/sport hervatting, aantal heroperaties of revisies, functionele uitkomst (mobiliteit, pijn, kwaliteit van leven/tevredenheid), zorgkosten

Toelichting

Er zijn momenteel geen (inter)nationale, evidence-based richtlijnen in de plastische chirurgie die het postoperatief dragen van drukkleiding (compression garments/binders/bras) eenduidig aan- of afraden per ingreep. Enkele Nederlandse richtlijnen—zoals de [NVPC-richtlijn Mammareductie](#), de [NVCC-richtlijn Lipofilling](#) en de [NVDV-Leidraad Lipofilling 2025](#)—adviseren een ondersteunende bh of drukkleiding voor uiteenlopende duur (2–4 of 4–6 weken), maar deze aanbevelingen zijn niet wetenschappelijk onderbouwd. Andere richtlijnen (o.a. NVPC: [Borstreconstructie](#), [Abdominoplastiek](#), [Contourherstellende post-bariatrische chirurgie](#)) doen geen aanbevelingen, of geven expliciet aan dat dit wegens gebrek aan consistente literatuur niet mogelijk is. De Britse [BAAPS/BAPRAS-standaard voor liposuctie](#) vraagt wel expliciete documentatie van drukkleiding in het postoperatieve plan, maar geeft geen harde aanbeveling over gebruik of duur; het beleid is centrum- en chirurgafhankelijk.

Recente overzichtsuitkomsten tonen heterogene en veelal zwakke evidence (Arkoubi, 2024; Ormseth, 2023): drukkleiding kan comfort verhogen en ecchymosen/oedeem verminderen, maar het effect op complicaties (seroom/hematoom) is niet bewezen. Daardoor variëren inzet en draagtijd sterk per procedure en behandelaar.

Voor standaardisatie is een specifiek inzicht nodig in welk type drukkleiding toegevoegde waarde heeft, bij welke druk en hoelang, afhankelijk van de anatomische regio. In Nederland zijn de aanschafkosten doorgaans voor de

patiënt. Deze kennisvraag verlaagt de totale zorgkosten daarmee niet direct, maar kan mogelijk leiden tot minder postoperatieve problemen, sneller herstel, betere functionele/esthetische uitkomsten en hogere kwaliteit van leven, en zo secundair ook de zorgkosten verminderen.

Koppeling met richtlijnen:

- [Abdominoplastiek](#)
- [Borstreconstructie](#)
- [Contourherstellende post-bariatrische chirurgie](#)
- [Mammareductie](#)

Oorsprong van de kennisvraag

Ingebracht door NVPC-lid als: “Is drukkleiding zinvol?” De vraag is voor de prioriteringsbijeenkomst door de werkgroep aangepast naar: “Is postoperatieve drukkleiding zinvol? (bv na liposuctie of mammachirurgie)”. Na prioritering werd de vraag in de huidige vorm geformuleerd door de werkgroep.

c. Wat is de meest effectieve aanpak van littekenhypertrofie en de follow-up hiervan bij chirurgische wonden?

21 keer geprioriteerd (10 NVPC-leden, 11 overige belanghebbenden)

P: Patiënten met littekenhypertrofie na chirurgische incisie

I: Siliconepleisters/ kenacort injectie / laser behandeling

C: Standaard postoperatieve zorg, verzorgende (litteken)crème en zelf massage

O: Tijd tot verbetering hypertrofie en jeuk/pijnklachten

Toelichting

Roodheid, verdikking en milde klachten horen bij het fysiologische proces van litteken uitrijping. Als de klachten disproportioneel zijn of de klachten van het litteken na de periode van 4-6 maanden persisteren, is er waarschijnlijk sprake van een pathologisch litteken en kan een behandeling overwogen worden. Chirurgische excisie bij een niet uitgerijpt litteken heeft een hoge recidiefkans. Vandaar dat het advies is om niet uitgerijpte littekens niet-chirurgisch te behandelen. De niet-chirurgische behandelingen die de [richtlijn Keloïd en littekenhypertrofie](#) aanbeveelt zijn siliconenpleisters (of siliconengel), non-invasieve laser (PDL of NdYAG) of fractionele laser (in de tweede lijn of bij huidtherapeut); en triamcinolon acetonide injecties intralesionaal. Ondanks

vele publicaties over littekenhypertrofie worden er weinig vergelijkende studies gepubliceerd over de behandeling van hypertrofische littekens en de meeste hebben erg kleine onderzoeksgroepen (Keshk 2025; Manuskiatti, 2021, Manuskiatti, 2022; Mohamed, 2025; Zhang, 2023). Er ontbreekt nog kennis over wanneer met de niet-chirurgische behandeling gestart moet worden en of het sneller verbetering van het litteken geeft dan expectatief beleid. Daarnaast is er onderzoek nodig om te bepalen welke behandeling hierin de beste patiënttevredenheid en kosteneffectiviteit geeft.

Koppeling met richtlijnen:

Keloïd en littekenhypertrofie

Oorsprong van de kennisvraag

Deze kennisvraag is afkomstig uit de richtlijn Keloïd en littekenhypertrofie. Twee kennisvragen zijn destijds geselecteerd: *“Hebben therapieën (littekenmassage, compressietherapie, emolliens/ hydraterende crème, corticosteroiden (topicaal), corticosteroiden (intralesionaal), cryotherapie (extralesionaal), laser, microneedling, peeling, microdermabrasie) ter behandeling littekenhypertrofie een klinisch relevant gunstig of ongunstig effect op de uitkomstmaten succes rate, recidief, bijwerkingen, complicaties of kwaliteit van leven ten opzichte van geen behandeling of placebo?”* en *“Wat is het follow-up beleid van littekenhypertrofie?”*

De eerste vraag is voor de prioriteringsbijeenkomst door de werkgroep aangepast naar: *“Wat is de meest efficiënte zorg van keloïden en littekenhypertrofie?”* De tweede vraag werd niet aangepast. Na de prioritering werden de vragen samengevoegd tot de huidige kennisvraag.



KINDERPLASTISCHE CHIRURGIE

a. Wat is de beste timing en techniek voor een palatumsluiting, en geeft een één- of tweefasesluiting de beste uitkomsten?

8 keer geprioriteerd (6 NVPC-leden, 2 overige belanghebbenden)

- P:** Patiënten met een gespleten gehemelte;
- I:** Sluiting van het harde palatum voor 18 maanden
- C:** Sluiting van het harde palatum na 18 maanden
- O:** Groei van de bovenkaak en het middengezicht, spraak, gehoor, voedingsvermogen, postoperatieve complicaties (fistels), esthetiek (tevredenheid van patiënt, ouders en/of arts)

Toelichting

In Nederland komt een schisis voor bij 6,8 per 10.000 levendgeborenen. De zorg voor patiënten met schisis is georganiseerd in 11 locaties waar multidisciplinaire schisisteams de kinderen tot aan de leeftijd van 22 jaar begeleiden (Peters, 2025; [Richtlijn schisis](#)). De literatuur over het tijdstip van palatumsluiting is gefragmenteerd en studies rapporteren verschillende uitkomstmaten. Een complicerende factor bij het bestuderen van de effecten van de timing van herstel van een palatoraphie is dat naast de timing en gekozen sluitingstechniek de vaardigheden van de chirurg moeilijk te meten zijn, maar het is waarschijnlijk dat deze vaardigheden een belangrijke rol spelen in de uitkomst (van Roey, 2025b). Ondanks de gecentraliseerde organisatie en de landelijke geanonimiseerde registratie van de Nederlandse Vereniging voor Schisis en Craniofaciale Afwijkingen (NVSCA) is er nog steeds geen evidente voorkeur voor één behandelprotocol.

Er is in Nederland variatie in het moment en de techniek van sluiten van het palatum. Het palatum, dat de nasofarynx van de orofarynx afsluit, is nodig voor goede spraak en inname van voeding. Dit is een argument voor vroege sluiting van het gehele palatum. Chirurgie, met als gevolg littekens en mogelijk iatrogeen letsel aan het palatum en de kaak, kan de groei van de bovenkaak negatief beïnvloeden, wat de occlusie en de verhoudingen in het aangezicht verstoort. Hierdoor zijn er voorstanders van vroege sluiting van het hele palatum en voorstanders van late sluiting van het harde palatum. Volgens de [richtlijn schisis](#) varieert de sluiting van het harde palatum in Nederland tussen de 3 maanden en 12 jaar.

In Nederland worden jaarlijks ongeveer 280 patiënten geopereerd volgens verschillende protocollen. Steeds meer schisiscentra verzamelen dezelfde uitkomsten (waaronder patiënt-gerapporteerde uitkomsten als gemeten middels een standaard set vragenlijsten gebaseerd op de International Consortium for Health Outcomes Measurement [ICHOM]), waardoor het beter mogelijk wordt de resultaten van de verschillende momenten van palatumsluiting te vergelijken. Dit biedt de mogelijkheid om de langetermijnresultaten te evalueren en één landelijk protocol te vormen.

Koppeling met richtlijnen:
[Schisis](#)

Oorsprong van de kennisvraag

Kennisvraag uit de richtlijn Schisis: "Wat is de beste timing en techniek om palatumsluiting te doen?". De vraag is met die formulering meegenomen naar de prioriteringsbijeenkomst. Na prioritering werd de vraag in de huidige vorm geformuleerd door de werkgroep.



HANDCHIRURGIE

a. Wat is de beste (chirurgische of conservatieve) behandeling voor recidief of persisterende compressie neuropathieën?

20 keer geprioriteerd (17 NVPC-leden, 3 overige belanghebbenden)

- P:** Patiënten met een compressie neuropathie (van bijvoorbeeld de n. medianus en n. ulnaris); dit kan persisterend of recidief zijn.
- I:** Chirurgie: release, extended release, lipofilling, hypothenar fatpad transpositie, zenuw wraps.
- C:** Conservatief: spalk, handtherapie, corticosteroïde injectie.
- O:** Functionele uitkomsten (motoriek, sensibiliteit, kracht), pijn, recidief- en residupercentage, chirurgische complicaties (zenuwbeschadiging, infectie), patiënttevredenheid

Toelichting

Hoewel decompressiechirurgie vaak effectief is bij primaire compressie neuropathieën (Palmbergen, 2025), ontbreekt consensus over de optimale behandeling van recidiverende of persisterende klachten (de Roo, 2021; Richtlijnmodule [Behandeling van CTS](#) (FMS); Richtlijnmodule [Chirurgische behandeling van UNE](#) (FMS)). In de huidige praktijk wordt de behandeling door de behandelaar bepaald waardoor ongewenste praktijkvariatie ontstaat. De effectiviteit van heroperaties versus conservatief beleid is onvoldoende onderbouwd en er is beperkte evidentie over de rol van aanvullende technieken (zoals zenuw wraps, vettransposities of adhesiepreventie) (Kholinne, 2019; de Roo, 2021; Thakker, 2021). Daarnaast is er ongewenste variatie in de indicatiestelling en timing van heroperatie tussen centra (de Roo, 2021; Kholinne, 2019; Richtlijnmodule [Behandeling van CTS](#) (FMS); Richtlijnmodule [Chirurgische behandeling van UNE](#) (FMS)).

Het onderzoeken van de effectiviteit van conservatieve behandeling versus chirurgie zou het afgebakend zorgevaluatie maken. Echter, dit hiaat is bewust breder geformuleerd omdat er verschillende conservatieve en chirurgische technieken zijn. Het opsplitsen van dit hiaat zou kunnen bijdragen aan het maken van concrete onderzoeksvragen. Tot slot is er ook verder onderzoek nodig naar de waarde van aanvullend testen, zoals EMG of echo.

Koppeling met richtlijn:

- [Carpaletunnelsyndroom \(CTS\)](#)
- [Ulnaropathie](#)

Oorsprong van de kennisvraag

Ingebracht door NVPC-lid als: *“Behandeling van persisterende compressienuropathieën. Geen evidence wat te doen bij CTS slecht reagerend op eerdere operaties: opties als lipofilling en hypothenar fat pad flap slecht onderzocht i.v.m. elkaar.”* Voor de prioriteringsbijeenkomst door de werkgroep aangepast naar: *“Wat is de beste behandeling voor zowel recidief als persisterende CTS en compressienuropathieën en wat is de diagnostische waarde van EMG en echo?”* Omdat dit twee verschillende vragen betreft, is na de prioritering de vraag opgesplitst en is de huidige vraag geformuleerd.

b. Hoe kan de uitkomst van zenuwchirurgie na laceratie of doorsnijding worden verbeterd: distale zenuwtranspositie, primair herstel of peestranspositie?

22 keer geprioriteerd (18 NVPC-leden, 4 overige belanghebbenden)

- P:** Patiënten met een laceratie van een perifere zenuw met functioneel of gevoelsverlies
- I:** Distale zenuwtransposities
- C:** Peestransposities en direct herstel (met eventueel zenuwgraft)
- O:** Functionele uitkomsten (range of motion, sensibiliteit, kracht), pijn, chirurgische complicaties, (zenuwbeschadiging, infectie), patiënttevredenheid

Toelichting

Het herstel van een zenuwletsel vindt plaats door de beschadigde zenuw te hechten en het effect hiervan af te wachten en als er functionele beperkingen

overblijven deze beperkingen te verbeteren middels peestransposities. Uit de literatuur is gebleken dat deze manier van werken leidt tot 50% functioneel herstel op de lange termijn, met name door het trage groeien van de zenuw en de afstand van de zenuw die deze moet afleggen om weer bij de spieren te komen die deze zenuw innerveerde (Midha, 2019). In de afgelopen jaren zijn er technieken ontwikkeld om naast een zenuwherstel ook meer distale zenuwtransposities te verrichten. Hierbij worden takken van spieren die misbaar zijn, verplaatst naar de spieren die niet meer geïnnerveerd worden door de beschadiging van de zenuw hogerop. Met deze manier wordt de afstand die de zenuw moet afleggen veel korter. Er is op dit moment nog geen consensus of deze interventie inderdaad betere resultaten geeft en voor welke patiënten deze technieken beschikbaar moeten worden gemaakt. Er zijn al kleine case reports beschikbaar, maar deze geven nog geen eenduidig beeld voor een oplossing (Flores, 2015).

Koppeling met richtlijnen:

n.v.t.

Oorsprong van de kennisvraag:

Ingebracht door NVPC-lid als: *“Hoe verbeteren we de uitkomst van zenuwchirurgie na laceratie/ doorsnijding?”* Voor de prioriteringsbijeenkomst niet aangepast door de werkgroep. Na de prioritering werd de vraag in de huidige vorm geformuleerd door de werkgroep.



RECONSTRUCTIEVE CHIRURGIE

a. Wat is het effect van vroeg sluiten van de weke delen (binnen 72 uur) ten opzichte van vertraagd sluiten bij patiënten met open fracturen?

19 keer geprioriteerd (18 NVPC-leden, 1 overige belanghebbende)

- P:** Patiënten met open fracturen (met name van de onderste extremiteit) die weke-delenbedekking vereisen (primair of via flapreconstructie).
- I:** Vroeg sluiten van de weke delen, doorgaans gedefinieerd als sluiting of definitieve bedekking binnen 72 uur tot maximaal 7 dagen na het trauma.
- C:** Vertraagd sluiten van de weke delen, d.w.z. bedekking na 7 dagen, of uitgestelde reconstructie na herhaald debridement of tijdelijke bedekking (bijv. VAC).
- O:** Incidentie van wondinfectie of osteomyelitis, genezingsduur en fractuur consolidatie (non-union), aantal heroperaties of revisies, functionele uitkomst (mobiliteit, pijn, kwaliteit van leven), opnameduur en zorgkosten

Toelichting

Het optimale tijdstip van weke-delen-sluiting bij open fracturen is nog onvoldoende onderbouwd met passend bewijs. Vroeg sluiten (binnen 72 uur tot maximaal 7 dagen) lijkt voordelen te bieden, zoals lagere infectieratio's en snellere genezing, maar kan bij ernstige contaminatie of weke-deelschade leiden tot meer complicaties als onvoldoende debridement is uitgevoerd (Richtlijnmodule [Weke delenletsel open onderbeenfracturen](#) (FMS); Richtlijn [Standards for the management of open fractures](#) (BAPRAS en BOA); Richtlijn [Open Fractures](#) (NICE); Tiongco, 2025). Door een gebrek aan gerandomiseerde studies en variatie in definities van "vroeg" en "vertraagd" bestaan er verschillen in praktijkvoering tussen centra. Onderzoek naar de optimale timing is

essentieel om de zorg te standaardiseren, complicaties te reduceren en de orthoplastische samenwerking te optimaliseren (Lacey, 2024; Srivastava, 2025).

Tijdens de prioriteringsbijeenkomst is de vraag over de weke-delen-behandeling bij fracture related infections (FRI's) ook besproken. Deze vraag is echter te breed geformuleerd waardoor vergelijkbare studies lastig zijn om uit te voeren. Vervolgens is ook tijdens de prioriteringsbijeenkomst besloten dat de behandeling van open fracturen relevanter is voor de plastische chirurgie dan die van FRI's, waarbij de traumachirurgie meer in de lead is. De huidige kennisvraag valt hiermee onder de definitie zorgevaluatie. Daarnaast zal het beantwoorden van deze kennisvraag mogelijk leiden tot een verlaging van het aantal FRI's.

Koppeling met richtlijnen:
[Open onderbeenfractuur](#)

Oorsprong van de kennisvraag

Kennisvraag uit richtlijn Open onderbeenfractuur en ingebracht door NVPC-lid. Twee kennisvragen uit de richtlijn Open onderbeen fractuur zijn destijds geselecteerd: *"What are the (un)beneficial effects of soft tissue coverage within three days versus after more than three days in patients with an open fracture of the lower limbs. What are the (un)beneficial effects of soft tissue coverage within one week versus after more than one week in patients with an open fracture of the lower limbs?"*

Daarnaast is een soortgelijke vraag door een NVPC-lid ingebracht als: *"Timing weke-delen-bedekking na open fractuur, kijkend naar infectie en kosteneffectiviteit"*.

De vraag is voor de prioriteringsbijeenkomst door de werkgroep aangepast naar: *"Wat is het effect van vroeg sluiten van de weke delen versus vertraagd sluiten van de weke delen bij patiënten met open fracturen?"* De formulering van de kennisvraag is daarna niet meer aangepast.

b. Hoe kunnen uitkomsten van verschillende typen postmastectomieborstreconstructies patiënt-specifiek worden voorspeld om klinische en gedeelde besluitvorming te ondersteunen?

35 keer geprioriteerd (20 NVPC-leden, 15 overige belanghebbenden)

- P:** Vrouwen die een profylactische of therapeutische mastectomie ondergaan en in aanmerking komen voor postmastectomieborstreconstructie (direct of uitgesteld).
- I:** Patiënt-specifiek voorspelmodel dat, op basis van klinische en patiëntkenmerken (o.a. leeftijd, BMI, comorbiditeit, roken, RT-planning, eerdere chirurgie), de uitkomsten *per reconstructie-optie en -timing* schat.
- C:** Standaard counseling zonder gepersonaliseerde risicoschatting.
- O:** Korte- en lange termijn uitkomsten:
- Klinisch uitkomsten, zoals complicaties, re-operaties, reconstructiefalen, opnameduur, tijd tot adjuvante therapie, capsulaire fibrose, revisies, oncologische uitkomsten (bijv. recidiefkansen).
 - Patiënt-gerapporteerde uitkomsten, zoals BREAST-Q domeinen (satisfaction, physical well-being chest/abdomen, sexual well-being), pijn, herstel, en decisional conflict.
 - Kosteneffectiviteit.
-

Toelichting

Het aantal borstreconstructies dat uitgevoerd wordt neemt gestaag toe, waarbij tegenwoordig de keuze bestaat uit een autologe borstreconstructie middels een gesteelde of vrije lap of autologe vettransplantatie, een prothesereconstructie of een combinatie hiervan (Richtlijnmodule [Reconstructietechnieken bij ablatieve behandeling](#) (FMS)). De keuze voor techniek en timing is bij voorkeur individueel en wordt bepaald door een scala van factoren, waaronder oncologische kenmerken, anatomie, comorbiditeiten, (te verwachten) radiotherapie, patiëntvoorkeuren en beschikbare expertise (Richtlijnmodule [Uitgestelde reconstructie en radiotherapie](#) (FMS)). De vraag naar directe postmastectomieborstreconstructie neemt daarbij toe, terwijl postmastectomie-radiotherapie frequenter wordt toegepast door striktere indicatiestelling als gevolg van recente aanpassingen van de National Comprehensive Cancer Network (NCCN)-richtlijnen (Frasier, 2016). Deze parallelle trends onderstrepen behoefte aan patiënt-specifieke

voorspelmodellen die uitkomsten per reconstructie-optie en -timing kunnen schatten.

Deze kennisvraag richt zich op de ontwikkeling van voorspellende modellen voor uitkomsten na postmastectomieborstreconstructie. Methodologisch betreft dit prognostisch onderzoek (ontwikkeling en validatie van risico-/uitkomstmodellen), en niet een zuivere vergelijking van bestaande zorgopties of beleid. Desondanks valt de vraag op door het brede draagvlak en haar duidelijke klinische relevantie. De nog lopende zorgevaluatie uit de voorgaande kennisagenda beperkt zich tot vrouwen die postmastectomie-radiotherapie krijgen, terwijl de huidige vraag bewust breder is geformuleerd om meerdere, nog bestaande kennisvragen onder dezelfde paraplu te adresseren. Deze vraag omvat daarmee meerdere samenhangende thema's, waaronder — maar niet beperkt tot — de optimale timing en de korte- en langetermijn (kosten) effectiviteit van verschillende typen postmastectomieborstreconstructies, zoals reconstructies met autoloog weefsel, implantaat of autologe vettransplantatie (AFT), evenals pre-expansiestrategieën bij AFT, implantaatpositionering, de rol van acellulaire dermale matrix (ADM) en de invloed van (neo-)adjuvante radiotherapie op de uitkomsten van deze reconstructies. Hierbij zijn niet alleen de chirurgische uitkomsten, maar ook patiënt-gerapporteerde uitkomsten van belang.

Koppeling met richtlijnen:

- [Borstkanker](#)
- [Borstreconstructie](#)

Oorsprong van kennisvraag:

Ingebracht door NVPC-lid als: *"Hoe kunnen we het beste chirurgische uitkomsten van verschillende type borstreconstructies patiënt-specifiek voorspellen, zodat de patiëntvoorlichting verbeterd en gepersonaliseerd kan worden, waardoor de patiënten beter in staat zijn goed geïnformeerd mee te beslissen?"* Met deze formulering is de vraag meegenomen naar de prioriteringsbijeenkomst. Tijdens de prioriteringsbijeenkomst is de kennisvraag geformuleerd in de huidige vorm en daarna niet meer aangepast.

c. Welke patiënt- en zorggerelateerde factoren zijn geassocieerd met het ervaren van spijt na (gender)reconstructieve chirurgie, zowel bij patiënten als bij zorgverleners?

21 keer geprioriteerd (10 NVPC-leden, 11 overige belanghebbenden)

- P:** Patiënten en zorgverleners betrokken bij gender- of reconstructieve chirurgie
 - I:** Patiënt- en zorggerelateerde factoren (bijvoorbeeld verwachtingen, besluitvormingsproces en informatievoorziening)
 - C:** Afwezigheid van of verschil tussen deze factoren
 - O:** Ervaren van spijt na gender- of reconstructieve chirurgie
-

Toelichting

Bij de besluitvorming over een operatieve ingreep staat *shared decision making* (Samen Beslissen) centraal. Dit is in het bijzonder van belang bij gender- en reconstructieve chirurgie, omdat deze ingrepen vaak grote impact hebben op zelfbeeld, psychosociaal welzijn en dagelijks functioneren. Een zorgvuldig besluitvormingsproces, met aandacht voor verwachtingen, psychologische begeleiding en goede informatievoorziening, kan bijdragen aan hogere patiënttevredenheid, betere kwaliteit van zorg en minder kans op ervaren spijt ([Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg](#)).

Het aantal genderbevestigende behandelingen neemt de laatste jaren sterk toe (Wiepjes, 2018; [Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg](#)). Deze zorg omvat onder meer feminiserende en masculiniserende operaties, zoals phalloplastiek en vaginaplastiek, en kent een multidisciplinaire aanpak met betrokkenheid van psychologen, psychiaters en andere medisch specialisten. Hoewel de tevredenheid na deze operaties over het algemeen hoog is, rapporteert een kleine maar betekenisvolle groep patiënten spijt na de ingreep. De prevalentie wordt geschat op circa 1%, al verschillen cijfers en definities sterk tussen studies (Bustos, 2021; Jdrzejewski, 2022; Ren, 2024; Thornton, 2024; Wiepjes, 2018). Het belang van Samen Beslissen en het beperken van spijt geldt breder dan alleen genderchirurgie. Ook bij reconstructieve chirurgie, bijvoorbeeld na trauma, oncologische resecties of congenitale afwijkingen, kan spijt voorkomen. De literatuur suggereert zelfs dat dit in deze context vaker voorkomt dan bij genderchirurgie (Thornton, 2024).

Welke patiënt- en zorggerelateerde factoren bijdragen aan het ontstaan of juist het voorkomen van spijt is nog onvoldoende bekend. Het bestaande onderzoek is veelal retrospectief, kleinschalig en methodologisch heterogeen, en er ontbreekt een eenduidige definitie of classificatie van spijt. Meer inzicht in deze factoren en in patiëntgerapporteerde uitkomsten na (gender)reconstructieve chirurgie is nodig om de kwaliteit van zorg verder te verbeteren, Samen Beslissen beter te onderbouwen met wetenschappelijke evidence en het risico op spijt te verkleinen.

Koppeling met richtlijnen: [Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg](#)

Oorsprong van de kennisvraag:

Ingebracht door patiëntenorganisatie Transvisie als: *“Op welke wijze kan besluitvorming over genderbevestigende chirurgie, maar ook andere medisch noodzakelijke plastische chirurgie er voor zorgdragen dat er bij de patiënt minder kans is op spijt, terwijl er bij zorgverleners minder onzekerheid is over de kans op spijt?”*

De vraag is voor de prioriteringsbijeenkomst door de werkgroep aangepast naar: *“Wat is de meest effectieve manier van besluitvorming t.a.v. (gender) reconstructieve chirurgie om kans op spijt bij patiënten en zorgverleners zo laag mogelijk te maken?”*

Na de prioritering werd de vraag in de huidige vorm geformuleerd door de werkgroep.



ESTHETISCHE RECONSTRUCTIEVE CHIRURGIE

a. Bij welke subgroep vrouwen met borstimplantaten komen gezondheidsklachten vaker voor, wat is de oorzaak, en wat is het effect van explantatie op de prevalentie van deze klachten?

25 keer geprioriteerd (18 NVPC-leden, 7 overige belanghebbenden)

- P:** Patiënten die een cosmetische augmentatie hebben ontvangen in het verleden en klachten ondervinden passend bij breast implant illness.
- I:** Het verwijderen van borstimplantaten, met name in de cosmetische indicatie groep.
- C:** Er zijn verschillende controlegroepen denkbaar. Bijvoorbeeld de patiënten die geen explantatie willen en toch klachten ondervinden die mogelijk aan de implantaten te wijten zijn. Maar ook vergelijkbare patiënten die nooit borstimplantaten hebben ontvangen of patiënten die juist kiezen voor een revisie operatie (opnieuw implantaten) omdat zij geen klachten ervaren.
- O:** Is er een afname van gezondheidsklachten gerelateerd aan breast implant illness op de lange termijn. Secundaire uitkomstmaten zoals kwaliteit van leven, maar ook gebruik van gezondheidszorg.

Toelichting

Ongeveer 3% van de vrouwelijke volwassen populatie in Nederland heeft een borstimplantaat (De Boer, 2020). Een deel van patiënten met een borstimplantaat kan gezondheidsklachten ervaren na implantatie (Spit, 2024). Er wordt geschat dat dit de basis is van ongeveer 5% is van alle revisie-operaties die worden uitgevoerd (Lieferring, 2022). Ten opzichte van patiënten die nooit borstprothesen hebben gehad, lijkt het erop dat dit met name een probleem is in de cosmetische groep vrouwen die voor borstimplantaten

kiest (Lieferring, 2024). In de reconstructieve indicatie groep, lijken patiënten niet meer gezondheidsklachten te ervaren dan vergelijkbare (reconstructie) patiënten die nooit implantaten hebben gehad (Spoor, 2025; Lieferring, 2025). Een biologische reactie op siliconen lijkt minder waarschijnlijk nu blijkt dat alleen in de cosmetische groep meer klachten voorkomen. Wanneer duidelijk wordt welke subgroep vrouwen klachten ontwikkelt na implantatie van siliconen borstprothesen, kan dit mogelijk ook nieuwe hypothesen over de oorzaak van de klachten opleveren. Op dit moment wordt aangeraden te kiezen voor explantatie als men gezondheidsklachten ervaart van siliconen borstimplantaten. Het effect van explantatie lijkt in sommige studies groot (case reports met name) (De Boer, 2017). Dit is echter niet zeker aangezien het met tijd (>6 weken) zou afnemen. Sommige patiënten willen toch niet zonder de borstimplantaten en kiezen niet voor explantatie. Kortom; er blijven nog veel vragen ontstaan over het effect van explantatie op het ervaren van gezondheidsklachten. Deze zorgevaluatievraag richt zich op de effectiviteit van explantatie op lange termijn voor de ervaren gezondheidsklachten in de cosmetische patiëntenpopulatie.

Koppeling met richtlijnen:

- [Borstreconstructie](#)
- [Chirurgische bijsluiters siliconen implantaten](#)

Oorsprong van de kennisvraag:

Ingebracht door twee NVPC-leden als: *“Bestaat Breast implant illness nu echt?”* en *“Hoe en bij wie ontstaat Breast implant illness?”* Voor de prioriteringsbijeenkomst is de vraag door de werkgroep aangepast naar: *“Zijn er specifieke risicogroepen voor Breast implant illness en is er een mogelijk causaal verband?”* Na de prioritering werd de vraag in de huidige vorm geformuleerd door de werkgroep.

4. Implementatie

Het opstellen van een kennisagenda helpt om het proces van zorgevaluatie binnen de plastische chirurgie te verankeren. Dit proces is uitgebreider beschreven in het *Adviesrapport Zorgevaluatie: Van project naar proces* van de Federatie Medisch Specialististen (Stuurgroep Zorgevaluatie, 28 oktober 2016). In dit rapport worden vier stappen onderscheiden (zie figuur 2). Deze kennisagenda vormt de eerste stap.



Figuur 2. Het proces van zorgevaluatie.

Uitgangspunten voor het beantwoorden van kennisvragen en zorgevaluatie:

- 1. Kwalitatief hoogstaand onderzoek:** onderzoek naar de openstaande kennisvragen moet van hoge kwaliteit zijn en worden uitgevoerd in een representatieve patiëntenpopulatie. Samenwerking in netwerken helpt om de kwaliteit van studies te verbeteren en deelname door meerdere centra vergroot de kans op een representatief onderzoek. Wanneer veel centra deelnemen, bevordert dat ook de snelle implementatie van resultaten.
- 2. Opname in richtlijnen:** De resultaten van onderzoeken worden zo snel mogelijk opgenomen in medisch-specialistische richtlijnen en andere kwaliteitsdocumenten. Actieve betrokkenheid van de NVPC, onder andere via de richtlijncommissie, ondersteunt dit proces.
- 3. Implementatie van nieuwe kennis:** Nieuwe aanbevelingen in richtlijnen en kwaliteitsdocumenten moeten landelijk worden toegepast in de dagelijkse praktijk. De NVPC zet zich in voor een snelle en brede implementatie, via richtlijnen, onderwijs en nascholing, en waar nodig met aanvullende methoden.
- 4. Evaluatie en onderhoud van kennis:** Het is belangrijk om regelmatig te beoordelen of nieuwe aanbevelingen worden opgevolgd en of er nieuwe kennisvragen zijn ontstaan. Dit gebeurt door onderzoeksresultaten te laten terugvloeien naar de richtlijnen en door de kennisagenda actueel te houden.

4

IMPLEMENTATIE

Opzetten en uitvoeren onderzoek

Om de kennisagenda effectief uit te voeren, is het belangrijk dat het hele proces van zorgevaluatie binnen de NVPC goed is ingebed. De NVPC heeft hiervoor de Wetenschappelijke Koepel ingericht, die ook na het opstellen van de kennisagenda het proces van zorgevaluatie vervolgt en stimuleert.

Gedurende het project is gepoogd inzichtelijk te maken welke centra interesse hebben in het schrijven van onderzoeksvoorstellen over de geprioriteerde kennisvragen. Voor een goede afstemming binnen de beroepsgroep is het belangrijk dat verschillende onderzoeksgroepen in het land op de hoogte zijn van geplande subsidieaanvragen. Zo wordt voorkomen dat verschillende onderzoeksgroepen in concurrentie met elkaar financiering aanvragen voor vergelijkbare onderwerpen. Samenwerking, zowel binnen de plastische chirurgie als met andere specialismen, vergroot de kans op succesvolle aanvragen en versterkt de kwaliteit van het onderzoek.

Daarnaast is het van belang dat, waar mogelijk, patiëntenorganisaties worden betrokken bij de uitwerking van de geprioriteerde onderzoeksvragen. Zo wordt gewaarborgd dat de onderzoeksopzet aansluit bij de behoefte en ervaringen van mensen met de betreffende aandoening. Dat maakt het onderzoek relevanter en vergroot de kans op succesvolle inclusie en implementatie van de resultaten. Bovendien is betrokkenheid van patiënten vaak een voorwaarde voor financiering.

Financiering

Er zijn meerdere mogelijke bronnen van financiering van de geprioriteerde onderzoeksvragen, waaronder:

Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG)

De afgelopen jaren zijn binnen het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) verschillende subsidierondes georganiseerd voor zorgevaluatieonderzoek. Een belangrijke voorwaarde voor toekenning was dat het onderwerp geprioriteerd stond op een kennisagenda. Nu het programma ZE&GG is verlengd tot 2028, komen er nieuwe subsidierondes beschikbaar waarin onderzoeksvoorstellen uit deze kennisagenda kunnen worden ingediend. Het subsidieprogramma is ondergebracht in het ZonMw-kaderprogramma Passende zorg (2024–2028). Dit programma is uitsluitend

bedoeld voor kennisvragen die zijn opgenomen in kennisagenda's van wetenschappelijke verenigingen die zijn aangesloten bij de Federatie Medisch Specialisten. De NVPC dient de kennisvragen formeel in en stemt hierover af met onderzoekers die de uitwerking van de geprioriteerde vragen verzorgen.

Naast de doorlopende subsidieronde van ZE&GG bestaan er andere mogelijkheden om onderzoek naar kennisvragen uit te voeren, afhankelijk van het onderwerp en de setting:

- De ZonMw **MedZO** ronde: gericht op onderzoek in algemene (niet-academische) ziekenhuizen, revalidatiecentra, categorale ziekenhuizen of instellingen en zelfstandige behandelcentra. Deze ronde sluit aan **bij de methodiek van ZE&GG**.
- ZonMw programma **Goed Gebruik Geneesmiddelen** (GGG): geschikt voor kennisvragen waarbij geneesmiddelen centraal staan.
- Gerichte rondes binnen het ZonMw kaderprogramma **Passende zorg** (2024-2028): bedoeld voor onderzoek binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw), waarin medisch specialistische zorg wordt vergeleken met interventies uit de eerste lijn, geestelijke gezondheidszorg of psychiatrie.
- Thematische rondes binnen het ZonMw kaderprogramma **Passende zorg** (2024-2028): inzetbaar afhankelijk van het gekozen thema.
- Gezondheidsfondsen: relevante gezondheidsfondsen kunnen worden benaderd voor financiering van onderzoek binnen de plastische chirurgie.
- Europese programma's: Europese subsidieprogramma's bieden mogelijkheden, met name voor onderzoek naar zeldzame aandoeningen.
- Bedrijfsleven en non-profitorganisaties: omdat de plastische chirurgie een relatief klein specialisme is kan deze bron van financiering ook belangrijk zijn.

Scenario's voor netwerkvorming

Verschiedende scenario's of fasen van netwerkvorming kunnen worden onderscheiden. In het Adviesrapport Zorgevaluatie (2016) worden de volgende mogelijkheden voor netwerkvorming beschreven: (1) geen netwerk binnen de vereniging, (2) geen netwerk, enige coördinatie binnen de vereniging, (3) netwerk van onderzoekers binnen de vereniging, en (4) een geïntegreerd netwerk. Deze scenario's vormen samen een groeimodel: van een situatie zonder netwerk naar een volledig geïntegreerd netwerk waarin samenwerking en afstemming structureel zijn geborgd.

Netwerkvorming binnen de plastische chirurgie

Binnen de NVPC coördineert de Wetenschappelijke Koepel het opstellen van de kennisagenda. De Koepel houdt bij welke onderzoeksgroepen actief zijn en welke projecten zijn gestart, en informeert de leden hierover periodiek. Tijdens de wetenschappelijke vergaderingen van de NVPC worden de kennisvragen onder de aandacht gebracht en wordt samenwerking tussen onderzoeksgroepen actief gestimuleerd.

Opname van onderzoeksresultaten in richtlijnen

Om de resultaten van zorgevaluatieonderzoek snel te kunnen toepassen in de praktijk, is het belangrijk dat nieuwe kennis tijdig wordt opgenomen in richtlijnen en andere kwaliteitsdocumenten. In richtlijnen wordt wetenschappelijke en praktijkkennis samengebracht om de (meer)waarde van diagnostiek en behandelingen binnen het zorgproces te onderbouwen. De ontwikkeling van richtlijnen vormt zo de professionele standaard voor goede zorg.

Alle medisch-specialistische richtlijnen die voldoen aan de eisen van het rapport *Medisch Specialistische Richtlijnen 3.0* van de Adviescommissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit zijn te vinden in de Richtlijnendatabase. Deze richtlijnen worden ontwikkeld door medisch specialisten en geautoriseerd door de betrokken wetenschappelijke verenigingen. De ontwikkeling en herziening worden ondersteund door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, in opdracht van de Commissie Richtlijnen van de Raad Kwaliteit.

Om richtlijnen actueel te houden, wordt gewerkt met modulair onderhoud. Daarbij worden alleen de onderdelen aangepast waarvoor nieuwe kennis beschikbaar is. Zo kunnen onderzoeksresultaten sneller worden verwerkt en blijft de kennis-kwaliteitscyclus voortdurend in beweging. Dit maakt het mogelijk dat de resultaten van zorgevaluatieonderzoek, uitgevoerd op basis van deze kennisagenda, snel worden opgenomen in de juiste richtlijnmodules. Op die manier profiteren alle betrokken zorgprofessionals en hun patiënten van de nieuwste inzichten in de dagelijkse praktijk.

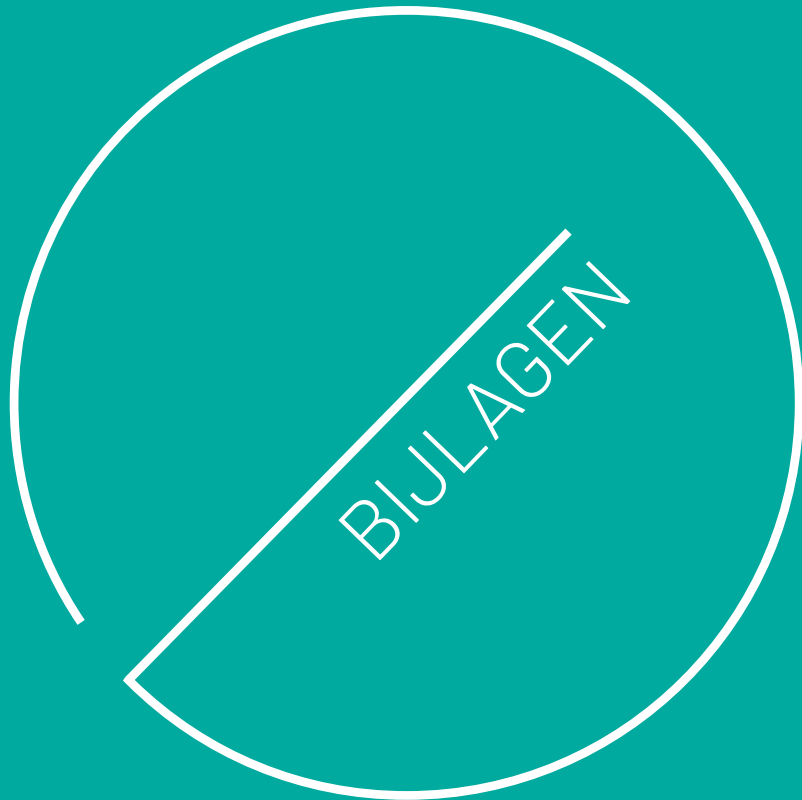
Implementatie van onderzoeksresultaten in de klinische praktijk

De openstaande kennisvragen zijn afkomstig uit de dagelijkse praktijk en grotendeels door de beroepsgroep zelf geformuleerd. Dit maakt de implementatie van onderzoeksresultaten eenvoudiger. De eerste stap in dit proces is het opnemen van nieuwe bevindingen in medisch-specialistische

richtlijnen. Zo wordt de kennis breed beschikbaar en kunnen adviezen direct worden toegepast in de klinische praktijk. Actieve communicatie over de onderzoeksresultaten en de betekenis daarvan voor de zorgpraktijk ondersteunt dit proces. De NVPC kan dit faciliteren via bestaande communicatiekanalen, zoals de website, de nieuwsbrief *Plastnieuws* en de wetenschappelijke vergaderingen.

Evaluatie en Update

Om te beoordelen in hoeverre onderzoeksresultaten hun weg vinden naar de klinische praktijk, kan de NVPC verschillende instrumenten inzetten. De keuze hangt af van de aard van de onderzoeksresultaten. Voorbeelden zijn het ontwikkelen van indicatoren en het meenemen van deze onderwerpen in kwaliteitsvisitaties die gekoppeld zijn aan de betreffende richtlijn of indicator. Daarnaast is het belangrijk om de uitvoering en het gebruik van deze kennisagenda regelmatig te evalueren. De Wetenschappelijke Koepel beoordeelt jaarlijks hoeveel kennisvragen zijn opgepakt en koppelt de voortgang terug aan de beroepsgroep. Ook wordt tijdig bekeken of een update van de kennisagenda nodig is, zodat de inhoud actueel en relevant blijft.



Bijlage 1. Richtlijnen

Richtlijnen met NVPC als initiatiefnemende vereniging:

- Afstaande oren
- Behandeling letsels van de flexorpezen van de hand
- Borstprothesechirurgie
- Borstreconstructie
- Chirurgische correctie blepharo-/dermatochalasis, blepharoptosis en wenkbrauwptosis
- Craniosynostose
- Diagnostiek en behandeling van acute scaphoïdfracturen
- Handfracturen
- Keloid en littekenhypertrofie
- Kwaliteitsstandaard Organisatie van wondzorg in Nederland
- Mammareductie
- Schisis
- Ziekte van Dupuytren

Richtlijnen met NVPC als autoriserende vereniging:

- Basaalcelcarcinoom
- Behandeling van handartrose
- Beleid rondom spoedoperaties
- Bijtverwondingen
- Borstkanker
- Diagnostiek en behandeling van fractuur-gerelateerde infecties (FRI's)
- Distale radiusfracturen
- Eerste opvang van brandwondpatiënten in de acute fase
- Fracturen bij kinderen
- Hidradenitis suppurativa (HS)
- Hoofd-halstumoren
- Infantiele Hemangiomen
- Kwaliteitsstandaard Transgenderzorg - Somatisch
- Leidraad Duurzaamheid in richtlijnen

- Luchtbehandeling in operatiekamers en behandelkamers
- Lymfoedeem
- Necrotiserende wekedeleninfecties
- Open onderbeenfractuur
- Operatieve behandeling bij HMSN
- Perifere aangezichtsverlamming
- Perioperatief traject
- Plaveiselcelcarcinoom
- Polsganglion
- Radiologische diagnostiek bij de acute trauma-opvang van kinderen
- Rosacea
- Sinus Pilonidalis
- Wondzorg bij acute (traumatische en chirurgische) wonden

Bijlage 2. Patiëntorganisaties en overige belanghebbenden

Deze patiëntorganisaties en overige belanghebbenden zijn benaderd voor het inventariseren van kennisvragen en zijn uitgenodigd voor de prioriteringsbijeenkomst en digitale prioriteringsronde.

^a Deze organisaties hebben onderwerpen aangeleverd.

^b Deze organisaties waren aanwezig bij de prioriteringsbijeenkomst.

^c Deze organisaties hebben gestemd in de digitale prioritering.

Patiëntenorganisaties

- ApneuVereniging
- Belangenvereniging van Kleine Mensen
- Belangenvereniging Von Hippel-Lindau ^{b, c}
- Borstkankervereniging Nederland ^c
- Care for Obesity
- Care4Neo ^c
- Cerebrale Parese Nederland
- DEBRA Nederland
- Dutch Society for Metabolic and Bariatric Surgery (DSMBS)
- Dwarslaesie Organisatie Nederland ^c
- Hersenletsel.nl
- HEVAS (hemangiomen en vasculaire malformaties)
- Hoofdpijnnet
- Huid Nederland ^{b, c}
- JongPIT
- Landelijke Patiënten- en Oudervereniging voor Schedel- en/of Aangezichtsandoeningen (LAPOSA) ^a
- Lymphangiomas & Gorham's Disease Alliance (LGDA)
- Nationale Vereniging ReumaZorg Nederland ^{a, b, c}
- Nederlands Netwerk voor Lymfoedeem en Lipoedeem (NLNet) ^c
- Nederlandse Brandwonden Stichting
- Nederlandse Diabetes Federatie

- Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties (NFK)^c
- Nederlandse Stichting Over Gewicht^c
- Nederlandse Vereniging voor mensen met een Wijnvlek of Sturge-Weber syndroom
- Nederlandse Vereniging voor Patiënten met Paragangliomen
- Neurofibromatose Vereniging Nederland^a
- Nevus Netwerk Nederland^c
- Oogvereniging^c
- Partnerschap Overgewicht Nederland (PON)
- Patiëntenplatform Zeldzame kankers
- Patiëntenvereniging Hoofd-Hals
- ReumaNederland^c
- RSI-Vereniging
- SBH Nederland
- Stichting BEZT (Belangengroep Erfelijke Zeldzame Tumoren)
- Stichting Dupuytren Nederland
- Stichting Gezondheid Allochtonen Nederland (SGAN)
- Stichting Erfelijke Kanker Nederland^{b,c}
- Stichting Jongeren en Kanker
- Stichting Kind & Brandwond
- Stichting Kind en Ziekenhuis
- Stichting Melanoom
- Stichting Nationaal AYA 'Jong & Kanker' Zorgnetwerk
- Stichting Olijf^a
- Stichting Patiëntenplatform Sarcomen
- Transvisie^{a,b,c}
- Vereniging Kinderkanker Nederland
- VSOP (Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties op het gebied van aangeboren en erfelijke aandoeningen)
- Zorgbelang Nederland

Aanpalende wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen

- Dutch Peripheral Nerve Society (DPNS)
- Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG)^a
- Nederlandse Internisten Vereniging (NIV)
- Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV)
- Nederlandse Vereniging Klinische Genetica Nederland (NVKG)

- Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten (NVH)^{a,c}
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)^c
- Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA)^a
- Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)
- Nederlandse Vereniging voor Esthetische Plastische Chirurgie (NVEPC)
- Nederlandse Vereniging voor Fysiotherapie binnen de Lymfologie (NVFL)
- Nederlandse Vereniging voor HandTherapie (NVHT)^c
- Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVVH)
- Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)^c
- Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied (NVKNO)^{a,c}
- Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN)
- Nederlandse Vereniging voor Neurologie (NVN)^a
- Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG)^c
- Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR)
- Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO)^{b,c}
- Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR)^a
- Nederlandse Vereniging voor Spoedeisende Hulp Artsen (NVSHA)^{a,b,c}
- Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG)

Stakeholders

- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ)
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- UMCNL
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)
- Zorginstituut Nederland

Bijlage 3. Steunbrief Patiëntenfederatie Nederland



Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC)

Datum 8 december 2025

Onderwerp **Kennisagenda in de Kwaliteitscyclus van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC)**

Geacht bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC),

Middels deze brief geven wij een steunverklaring af voor de kennisagenda 2025 in de Kwaliteitscyclus van de NVPC.

De kennisagenda is tot stand gekomen met betrokkenheid van verschillende patiëntenorganisaties en de Patiëntenfederatie Nederland.

Namens Patiëntenfederatie Nederland,

Linda Daniels
Manager team Medisch-Specialistische Zorg

Bijlage 4. Referenties

- Arkoubi AY. Effect of Compression Garments on Post-Abdominoplasty Outcomes: A systematic Review of the current Evidence. JPRAS Open. 2024 Jun 1;41:128-137. doi: 10.1016/j.jpra.2024.05.014. PMID: 39021663; PMCID: PMC11253148.
- Bustos VP, Bustos SS, Mascaro A, Del Corral G, Forte AJ, Ciudad P, Kim EA, Langstein HN, Manrique OJ. Regret after Gender-affirmation Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis of Prevalence. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2021 Mar 19;9(3):e3477. doi: 10.1097/GOX.0000000000003477. Erratum in: Plast Reconstr Surg Glob Open. 2022 Apr 28;10(4):e4340. doi: 10.1097/GOX.0000000000004340. PMID: 33968550; PMCID: PMC8099405.
- de Boer M, van Middelkoop M, Hauptmann M, van der Bijl N, Bosmans JAW, Hendriks-Brouwer N, Schop SJ, de Boer JP, Hijmering NJ, Overbeek LIH, Lobbes MBI, Klazen CAH, de Jong D, Rakhorst HA, van der Hulst RRWJ, van Leeuwen FE. Breast Implant Prevalence in the Dutch Female Population Assessed by Chest Radiographs. Aesthet Surg J. 2020 Jan 29;40(2):156-164. doi: 10.1093/asj/sjz136. PMID: 31242279; PMCID: PMC7006872.
- de Boer M, Colaris M, van der Hulst RRWJ, Cohen Tervaert JW. Is explantation of silicone breast implants useful in patients with complaints? Immunol Res. 2017 Feb;65(1):25-36. doi: 10.1007/s12026-016-8813-y. PMID: 27412295; PMCID: PMC5406477.
- de Roo SF, Sprangers PN, Walbeehm ET, van der Heijden B. Systematic review and meta-analysis of surgical options for recurrent or persistent carpal tunnel syndrome: simple decompression versus coverage of the median nerve. J Hand Surg Eur Vol. 2021 Sep;46(7):749-753. doi: 10.1177/17531934211001715. Epub 2021 Mar 27. PMID: 33775163.
- Evers DJ, Koppert LB, Zaal LH, Linn SC, de Jong D, van der Hulst RRWJ, Vrancken Peeters MTFD, Bleiker EMA, van Leeuwen FE. Breast implant illness after reconstruction with silicone breast implants. J Natl Cancer Inst. 2025 Aug 1;117(8):1717-1728. doi: 10.1093/jnci/djaf136. PMID: 40605595; PMCID: PMC12342748.
- Flores LP. Comparative Study of Nerve Grafting versus Distal Nerve Transfer for Treatment of Proximal Injuries of the Ulnar Nerve. J Reconstr Microsurg. 2015 Nov;31(9):647-53. doi: 10.1055/s-0035-1556871. Epub 2015 Jul 13. PMID: 26168335.
- Frasier LL, Holden S, Holden T, Schumacher JR, Levenson G, Anderson B, Greenberg CC, Neuman HB. Temporal Trends in Postmastectomy Radiation Therapy and

- Breast Reconstruction Associated With Changes in National Comprehensive Cancer Network Guidelines. *JAMA Oncol.* 2016 Jan;2(1):95-101. doi: 10.1001/jamaoncol.2015.3717. Erratum in: *JAMA Oncol.* 2016 Jan;2(1):146. doi: 10.1001/jamaoncol.2015.6255. PMID: 26539936; PMCID: PMC4713236.
- Jansen MC, Duraku LS, Hundepool CA, Power DM, Rajaratnam V, Selles RW, Zuidam JM. Management of Recurrent Carpal Tunnel Syndrome: Systematic Review and Meta-Analysis. *J Hand Surg Am.* 2022 Apr;47(4):388.e1-388.e19. doi: 10.1016/j.jhsa.2021.05.007. Epub 2021 Aug 3. PMID: 34353640.
- Jansen BAM, Bargon CA, Bouman MA, van der Molen DRM, Postma EL, van der Leij F, Zonneville E, Ruhe Q, Bruekers SE, Maarse W, Siesling S, Young-Afat DA, Doeksen A, Verkooijen HM; UMBRELLA study group. Patient-reported outcomes after immediate and delayed DIEP-flap breast reconstruction in the setting of post-mastectomy radiation therapy-results of the multicenter UMBRELLA breast cancer cohort. *Breast Cancer Res Treat.* 2025 Apr;210(3):759-769. doi: 10.1007/s10549-025-07613-w. Epub 2025 Feb 3. PMID: 39899162; PMCID: PMC11953195.
- Jedrzejewski BY, Marsiglio MC, Guerriero J, Penkin A, Connelly KJ, Berli JU; OHSU Transgender Health Program "Regret and Request for Reversal" Workgroup. Regret after Gender-Affirming Surgery: A Multidisciplinary Approach to a Multifaceted Patient Experience. *Plast Reconstr Surg.* 2023 Jul 1;152(1):206-214. doi: 10.1097/PRS.000000000010243. Epub 2023 Jun 29. PMID: 36727823.
- Jonis YMJ, Wolfs JAGN, Hummelink S, Tielemans HJP, Keuter XHA, van Kuijk S, Ulrich DJO, van der Hulst RRWJ, Qiu SS. The 6 month interim analysis of a randomized controlled trial assessing the quality of life in patients with breast cancer related lymphedema undergoing lymphaticovenous anastomosis vs. conservative therapy. *Sci Rep.* 2024 Jan 26;14(1):2238. doi: 10.1038/s41598-024-52489-3. PMID: 38278856; PMCID: PMC10817972.
- Keshk ZS, Salah MM, Samy NA. Fractional carbon dioxide laser treatment of hypertrophic scar clinical and histopathological evaluation. *Lasers Med Sci.* 2025 Mar 12;40(1):137. doi: 10.1007/s10103-025-04371-5. PMID: 40069407; PMCID: PMC11897074.
- Kholinne E, Alsharidah MM, Almutair O, Aljasser S, Alhothali W, Kwak JM, Sun Y, Lee HJ, Koh KH, Jeon IH. Revision surgery for refractory cubital tunnel syndrome: A systematic review. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2019 Sep;105(5):867-876. doi: 10.1016/j.otsr.2019.03.020. Epub 2019 Jul 19. PMID: 31331798.
- Kooijman MML, Hage JJ, Scholten AN, van Duijnhoven F, Breugem CC, Woerdeman LAE. Oncological status is not a determinant of refraining from breast reconstruction among 490 candidates for mastectomy and post-mastectomy radiotherapy. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2023 Oct;85:360-366. doi: 10.1016/j.bjps.2023.07.035. Epub 2023 Jul 21. PMID: 37544198.
- Kooijman MML, Hage JJ, Scholten AN, van Duijnhoven FH, Breugem CC, Woerdeman LAE. Advantages of immediate implant-based breast reconstruction over delayed breast reconstruction in women treated with postmastectomy radiotherapy for breast cancer. *Breast Cancer Res Treat.* 2025 Jul;212(1):37-46. doi: 10.1007/s10549-025-07690-x. Epub 2025 May 12. PMID: 40353912; PMCID: PMC12086109.
- Lacey H, Bernard K, Syed L, O'Rourke E, Calvert-Ford Y, Bovis J, Guryel E, King I. Orthoplastics Management of Open Lower Limb Fractures at a Major Trauma Centre: Audit of Adherence to BOAST4 Guidelines. *JPRAS Open.* 2024 Aug 20;42:133-145. doi: 10.1016/j.jptra.2024.08.003. PMID: 39308745; PMCID: PMC11415631.
- Lieffering AS, Hommes JE, Ramerman L, Rakhorst HA, Mureau MAM, Verheij RA, van der Hulst RRWJ. Prevalence of Local Postoperative Complications and Breast Implant Illness in Women With Breast Implants. *JAMA Netw Open.* 2022 Oct 3;5(10):e2236519. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.36519. PMID: 36205992; PMCID: PMC9547313.
- Lieffering AS, Ramerman L, Hommes JE, Rakhorst HA, Mureau MAM, van der Hulst RRWJ, Verheij RA. Health symptoms and cosmetic silicone breast implants: A retrospective cohort study. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2024 Dec;99:506-514. doi: 10.1016/j.bjps.2024.10.026. Epub 2024 Oct 18. PMID: 39488176.
- Lieffering AS, Hommes JE, van der Hulst RRWJ, Rakhorst HA, Verheij RA, Mureau MAM, Ramerman L. Breast implant illness revisited: A cohort study of health symptoms in women with implant-based reconstruction. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2025 Mar;102:114-122. doi: 10.1016/j.bjps.2025.01.026. Epub 2025 Jan 25. PMID: 39919610.
- Manuskiatti W, Kaewkes A, Yan C, Ng JN, Glahn JZ, Wanitphakdeedecha R. Hypertrophic Scar Outcomes in Fractional Laser Monotherapy Versus Fractional Laser-Assisted Topical Corticosteroid Delivery: A Randomized Clinical Trial. *Acta Derm Venereol.* 2021 Mar 17;101(3):adv00416. doi: 10.2340/00015555-3781. PMID: 33686446; PMCID: PMC9366502.
- Manuskiatti W, Yan C, Artzi O, Gervasio MKR, Wanitphakdeedecha R. Efficacy and safety of thermomechanical fractional injury-assisted corticosteroid delivery versus intralesional corticosteroid injection for the treatment of hypertrophic scars: A randomized split-scar trial. *Lasers Surg Med.* 2022 Apr;54(4):483-489. doi: 10.1002/lsm.23511. Epub 2021 Dec 16. PMID: 34913497.
- Midha R, Grochmal J. Surgery for nerve injury: current and future perspectives. *J Neurosurg.* 2019 Mar 1;130(3):675-685. doi: 10.3171/2018.11.JNS181520. Epub 2019 Mar 1. PMID: 30835708.

- Mohamed EM, Abd-Elaleem HL, Zahran SAA. Silicone gel versus combination of silicone gel and a 577-nm diode laser in the treatment of post-surgery hypertrophic scar (comparative study). *Arch Dermatol Res.* 2025 Feb 1;317(1):324. doi: 10.1007/s00403-024-03697-4. PMID: 39891719.
- Mossey PA, Lai J, Meazzini MC, Breugem C, Mark H, Mink van der Molen AB, Persson M, Davies G, Ozawa TO. Core outcomes for orofacial clefts: reconciling traditional and ICHOM minimum datasets. *Eur J Orthod.* 2023 Nov 30;45(6):671-679. doi: 10.1093/ejo/cjad023. PMID: 37279564; PMCID: PMC10687512.
- Nelissen SH, Young-Afat DA, Bongard HJGDVD, Coert JH, Boersma LJ, Maarse W. Neoadjuvant radiotherapy and immediate breast reconstruction: A systematic review of literature of the last decade. *Radiother Oncol.* 2025 Aug;209:110991. doi: 10.1016/j.radonc.2025.110991. Epub 2025a Jun 16. PMID: 40516884.
- Nelissen SH, Young-Afat DA, Felderhof JM, Ferdinandus PI, van der Leij F, Witkamp AJ, Doeksen A, Zonneville EH, van der Velde S, Veenendaal LM, Smit JM, van den Bongard DHJG, Coert HJ, Boersma LJ, Maarse W. Breast reconstruction and neoadjuvant radiotherapy (BRENAR) - study protocol for a multicenter, prospective, single-arm pilot study. *Int J Surg Protoc.* 2025b Mar 20;29(2):18-25. doi: 10.1097/SP9.000000000000036. PMID: 40861279; PMCID: PMC12373098.
- Ormseth BH, Livermore NR, Schoenbrunner AR, Janis JE. The Use of Postoperative Compression Garments in Plastic Surgery-Necessary or Not? A Practical Review. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2023 Sep 25;11(9):e5293. doi: 10.1097/GOX.00000000000005293. PMID: 37753333; PMCID: PMC10519563.
- Palmbergen WAC, Beekman R, Heeren AM, van Nuenen BFL, Alleman TWH, Verstraete E, Jellema K, Verhagen WIM, Visser LH, de Rooter GCW, van de Beek D, de Borgie CAJM, Bogaards JA, de Bie RMA, Verhamme C; Dutch CTS study group. Surgery versus corticosteroid injection for carpal tunnel syndrome (DISTRICTS): an open-label, multicentre, randomised controlled trial. *Lancet.* 2025 Jun 14;405(10495):2153-2163. doi: 10.1016/S0140-6736(25)00368-X. PMID: 40517008.
- Peters JJ, van der Kooij SA, van Gogh C, Coerts MJ, Don Griot J, Moues-Vink CM, Wagner T, Schols RM, van Nimmen B,
- Piatkowski AA, Wederfoort JLM, Hommes JE, Schop SSJ, Krastev TK, van Kuijk SMJ, van der Hulst RRWJ; Breast Reconstruction With External Preexpansion & Autologous Fat Transfer vs Standard Therapy (BREAST) Trial Investigators. Effect of Total Breast Reconstruction With Autologous Fat Transfer Using an Expansion Device vs Implants on Quality of Life Among Patients With Breast Cancer: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg.* 2023 May 1;158(5):456-464. doi: 10.1001/jamasurg.2022.7625. PMID: 36857058; PMCID: PMC9979010.
- Pleumeekers MM, Ruettermann M, Paes EC, De Jong TR, Breugem CC. Dutch Workflow for Diagnosis and Treatment of Velopharyngeal Insufficiency in Patients with Cleft Palate-A Survey Study. *Cleft Palate Craniofac J.* 2025 May 19:10556656251341757. doi: 10.1177/10556656251341757. Epub ahead of print. PMID: 40388922.
- Plasmans MHD, Hazekamp TCH, Zantinge EM, redacteuren. Volwassenen met overgewicht en obesitas [Internet]. [Den Haag]: Volksgezondheid en Zorg; 2024
- Reinders FCJ, Young-Afat DA, Batenburg MCT, Bruekers SE, van Amerongen EA, Macaré van Maurik JFM, Braakenburg A, Zonneville E, Hoefkens M, Teunis T, Verkooijen HM, van den Bongard HJGD, Maarse W. Higher reconstruction failure and less patient-reported satisfaction after post mastectomy radiotherapy with immediate implant-based breast reconstruction compared to immediate autologous breast reconstruction. *Breast Cancer.* 2020 May;27(3):435-444. doi: 10.1007/s12282-019-01036-4. Epub 2019 Dec 19. PMID: 31858435.
- Ren T, Galenchik-Chan A, Erlichman Z, Krajewski A. Prevalence of Regret in Gender-Affirming Surgery: A Systematic Review. *Ann Plast Surg.* 2024 May 1;92(5):597-602. doi: 10.1097/SAP.0000000000003895. PMID: 38685500.
- Shermak MA. Body contouring. *Plast Reconstr Surg.* 2012 Jun;129(6):963e-978e. doi: 10.1097/PRS.0b013e31824ecd24. PMID: 22634694.
- Spit KA, Azahaf S, de Blok CJM, Nanayakkara PWB. A Prospective Observational Clinical Cohort of Women with Suspected Breast Implant Illness. *J Clin Med.* 2024 Jul 27;13(15):4394. doi: 10.3390/jcm13154394. PMID: 39124661; PMCID: PMC11313056.
- Spoor J, Mureau MAM, Tissier RLM, Hommes J, Rakhorst H, de Boer M, Oldenburg HSA, Heuts EM, Vissers YLJ, Dassen AE,
- Srivastava K, Ibrahim A, Qandeel M, Baig MA, Elrefae A, Singh R, Junaid Saleem R, Javid SA, Hassan MR, Ahmad S. Role of Combined Ortho-Plastic Approaches in the Reconstruction of Gustilo-Anderson Grade III Upper Limb Injuries: A Systematic Review. *Cureus.* 2025 Sep 26;17(9):e93314. doi: 10.7759/cureus.93314. PMID: 41146755; PMCID: PMC12554380.
- Ten Heggeler MA, Sun PO, Jansen MC, Walbeehm ET, Zuidam JM, Selles RW; Hand-Wrist Study Group. Is the outcome of a revision carpal tunnel release as good as those of a primary release? A matched cohort study. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2022 Dec;75(12):4432-4440. doi: 10.1016/j.bjps.2022.08.056. Epub 2022 Aug 24. PMID: 36272920.
- Thornton SM, Edalatpour A, Gast KM. A systematic review of patient regret after surgery- A common phenomenon in many specialties but rare within gender-affirmation surgery. *Am J Surg.* 2024 Aug;234:68-73. doi: 10.1016/j.amjsurg.2024.04.021. Epub 2024 Apr 24. PMID: 38688814.

- Tiongco RFP, Rezwan SK, Alahmadi S, Heron MJ, Sylvester SA, Seal SM, de Jong T, Elhelali A, Mundy LR. Early Flap Reconstruction and Infection Rates in Open Lower Extremity Fractures: A Systematic Review and Meta-analysis. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2025 Jun 6;13(6):e6829. doi: 10.1097/GOX.0000000000006829. PMID: 40487829; PMCID: PMC12144651.
- Van den Berg L, Geerards D, de Vries CEE, Poulsen L, Paul M, Klassen AF, Pusic AL, Hoogbergen MM. Patient-reported outcomes in massive weight loss patients following abdominoplasty or lower body lift using the BODY-Q: a prospective 1-year follow-up study. Manuscript submitted for publication; 2025.
- van Roey VL, Hofman L, van der Goes PAJ, Poldermans HG, Haverkamp SJ, Paes EC, Mink van der Molen AB, Mathijssen IMJ,
- van Roey VL, Mink van der Molen AB, Mathijssen IMJ, Akota I, de Blacam C, Breugem CC, Craveiro Matos EM, Dávidovics K, Dissaux C, Dowgierd K, Eberlinc A, Hakelius M, Heliövaara A, Hens GZ, Khonsari RH, Krimmel M, Lux S, Mark H, Mazzoleni F, Meazzini MC, Munill Ferrer M, Nienhuijs ME, Peterson P, Piacentile K, Rubio Palau J, Sylvester-Jensen HC, Zafra Vallejo V, Versnel SL. Between unity and disparity: current treatment protocols for common orofacial clefts in European expert centres. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2025b Jun;54(6):519-528. doi: 10.1016/j.ijom.2024.12.001. Epub 2024 Dec 12. PMID: 39672735.
- Versnel SL. Long-Term Speech Outcomes in Unilateral Cleft Lip and Palate: A Comparative Study of Early and Delayed Hard Palate Closure. *J Craniofac Surg*. 2025a Sep 23;36(8):2823-8. doi: 10.1097/SCS.00000000000011975. Epub ahead of print. PMID: 40986829; PMCID: PMC12537028.
- Wederfoort JLM, Voeten N, Smeins NNPM, Hommes JE, Essers BAB, van der Hulst RRWJ, Piatkowski A; BREAST-trial Investigators. A Dutch randomized controlled study shows autologous fat transfer with pre-expansion is more cost-effective in the long term than implants. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2023 Sep;84:398-412. doi: 10.1016/j.bjps.2023.06.013. Epub 2023 Jun 10. PMID: 37399660.
- Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, Klaver M, de Vries ALC, Wensing-Kruger SA, de Jongh RT, Bouman MB, Steensma TD, Cohen-Kettenis P, Gooren LJG, Kreukels BPC, den Heijer M. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in Prevalence, Treatment, and Regrets. *J Sex Med*. 2018 Apr;15(4):582-590. doi: 10.1016/j.jsxm.2018.01.016. Epub 2018 Feb 17. PMID: 29463477.
- Winocour J, Gupta V, Ramirez JR, Shack RB, Grotting JC, Higdon KK. Abdominoplasty: Risk Factors, Complication Rates, and Safety of Combined Procedures. *Plast Reconstr Surg*. 2015 Nov;136(5):597e-606e. doi: 10.1097/PRS.0000000000001700. PMID: 26505716.
- World Health Organization. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva, 3-5 June 1997. WHO; 1998
- Yu VJ, Pham JT, Evans AG, Guo Y. The Impact of Higher BMI on Wound Complications Following Adolescent Breast Reduction: A Retrospective Study of 1215 Cases. *Aesthetic Plast Surg*. 2024 Dec;48(23):4922-4929. doi: 10.1007/s00266-024-04048-4. Epub 2024 May 8. PMID: 38720101; PMCID: PMC11739243.
- Zhang Y, Ye R, Dong J, Bai Y, He Y, Ni W, Yao M. Efficacy and safety of ablative CO2 fractional laser and narrowband intense pulsed light for the treatment of hypertrophic scars: a prospective, randomized controlled trial. *J Dermatolog Treat*. 2023 Dec;34(1):2202287. doi: 10.1080/09546634.2023.2202287. Epub 2023 Apr 18. PMID: 37070799.



Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie
Orteliuslaan 1 • 3528 BA Utrecht