

Diagnose ‘borstkanker’ gemist bij een jonge vrouw

KLINISCH DENKEN EN DOEN IN JURIDISCH PERSPECTIEF

Raimond W.M. Giard

Bij een 31-jarige vrouw werd de diagnose ‘borstkanker’ laat gesteld, omdat zij klaarblijkelijk niet het advies had opgevolgd een controle-afspraken te maken na de aanvankelijke diagnose ‘adenofibroom’. Zij stelde haar huisarts hiervoor verantwoordelijk. In de rechtszaak die hieruit volgde, verklaarde de getuige-deskundige dat de huisarts volgens de geldende richtlijn had gehandeld. Van bijzonder belang daarbij was het feit dat borstkanker op haar leeftijd zeer zeldzaam is. Naar mijn mening was het echter onjuist om de schatting van de kans op kanker alleen te baseren op haar leeftijd, aangezien de a-priorikans van kanker bij vrouwen die de huisarts bezoeken vanwege een knobbel in de borst ongeveer 10% is. Om een maligniteit uit te sluiten dient de meest sensitieve diagnostische strategie gevolgd te worden, maar dat was niet gebeurd. De NHG-standaard over diagnostiek van borstkanker zou gebaseerd moeten zijn op zowel een accuratere schatting van de kans op borstkanker bij gespecificeerde groepen als de eis dat de diagnostiek kanker voldoende zeker uitsluit.

De afwikkeling van een rechtszaak over medische aansprakelijkheid kan soms fundamentele kwesties aangaande klinisch denken en handelen blootleggen die om nadere beschouwing vragen. In dit artikel gaat het om een aanvankelijk gemiste diagnose ‘borstkanker’ bij een jonge vrouw. Ik stel hierbij de vraag hoe valide de gehanteerde medische argumenten zijn om bij deze kwestie het diagnostisch handelen en de interpretatie van de uitkomsten binnen een juridische context te beoordelen. Daarnaast signaleer ik een onjuistheid in de NHG-standaard ‘Diagnostiek van mammacarcinoom (tweede herziening)’ uit 2009.

DE CASUS

Een allochtone vrouw van 31 jaar is enige weken tevoren bevallen van haar eerste kind en bemerkt tijdens de lactatie een knobbel in de rechter borst. Zij bezoekt daarvoor haar huisarts; die verwijst patiënte naar de afdeling Radiologie. Er wordt daar zowel mammografisch als echografisch onderzoek verricht met als conclusie: ‘beeld kan passen bij adenofibroom’. Patiënte wordt een week later door de huisarts van deze uitkomst op de hoogte gebracht. Daarbij wordt haar verteld dat zij enkele maanden later nog een keer voor controle bij de huisarts dient langs te komen. De vrouw meldt zich echter niet voor die controle. Wel bezoekt zij de praktijk een keer vanwege een gezondheidsprobleem van haar baby, maar daarbij brengt de huisarts haar afwijking aan de mamma niet ter sprake.

Ruim een jaar na haar eerste huisartsenbezoek komt zij nogmaals langs vanwege de persisterende knobbel. Nu wordt patiënte doorverwezen naar de afdeling Chirurgie.

*Maasstad Ziekenhuis Rotterdam,
afd. Klinische Pathologie, Rotterdam.*

Dr.dr. R.W.M. Giard, patholoog,

*klinisch epidemioloog en jurist (tevens: Erasmus
School of Law, Capaciteitsgroep burgerlijk recht,*

Erasmus Universiteit Rotterdam).

(rwm.giard@xs4all.nl).

Cytologisch onderzoek wijst dan uit dat het om een maligne tumor gaat. Het blijkt nodig om na de mamma-sparende ingreep opnieuw een lumpectomie en ten slotte zelfs een mamma-amputatie te verrichten. Patiënte ondergaat aansluitend adjuvante chemotherapie vanwege lymfkliermetastasen.

Er ontstaat een dispuut tussen het echtpaar en hun huisarts over de vraag wie verantwoordelijk is voor het niet plaatsvinden van de controle. De huisarts volhardt dat tijdens een telefoongesprek is meegedeeld dat patiënte zich voor controle diende te melden. Taalproblemen leverden bij de communicatie duidelijk problemen op. De echtgenoot van patiënte stelt bovendien dat de huisarts haar direct naar de chirurg had moeten doorverwijzen gezien de later gebleken ernst van de diagnose. Zowel in eerste aanleg als in hoger beroep vindt de rechter dat de huisarts niet onzorgvuldig handelde en de eis tot schadevergoeding wordt afgewezen.^{1,2}

DE FUNDAMENTELE KWESTIES

Het is goed te begrijpen dat deze vrouw onaangenaam verrast was toen ruim een jaar na haar eerste bezoek aan de huisarts bleek dat er niet van een adenofibroom maar van borstkanker sprake was. Hoe kon deze vertraging van de diagnose gebeuren? Bij het vaststellen van medische aansprakelijkheid gebeurt het regelmatig dat de rechter tijdens de procedure een deskundige beroepsgenoot diens mening vraagt over de gevolgde handelwijze; in dit geval was de deskundige een hoogleraar Huisartsengeneeskunde. In het geschil stond weliswaar de vraag centraal of de huisarts nalatig was bij het oproepen van deze vrouw die niet voor controle was verschenen, maar daarbij speelde de diagnostische context zeker een belangrijke rol.

Onder verwijzing naar de geldende NHG-standaard op het moment van de ontdekking van de knobbel, meldde de deskundige dat er bij deze vrouw juist was gehandeld door het laten uitvoeren van radiodiagnostisch onderzoek. Bovendien was op haar leeftijd de diagnose 'borstkanker' zeer zeldzaam en het is daarom begrijpelijk dat de diagnose 'borstkanker' op voorhand onwaarschijnlijk was. De rechtbank conformeerde zich aan die zienswijze. Er spelen bij dit ziektegeval echter twee fundamentele kwesties aangaande kansschatting op kanker en het diagnostisch beleid die noch de huisarts noch de deskundige zich voldoende hebben gerealiseerd en die ook gevolgen hebben voor de juistheid van de praktijkrichtlijn.

BESCHOUWING

HET EPIDEMIOLOGISCHE KADER

De eerste factor die meetelt bij het schatten van de kans op borstkanker is de leeftijd. Op de leeftijd van 31 jaar is

de diagnose 'borstkanker' inderdaad zeer zeldzaam. Volgens de landelijke kankerregistratie werd deze diagnose in 2008 gesteld bij 179 vrouwen in de leeftijdscategorie 30-34 jaar (bron: www.ikcnet.nl/page.php?id=2902&nav_id=114). Met dit getal is de algemene kans op borstkanker te berekenen bij een willekeurige vrouw van die leeftijd.

De volgende stap behelst de vraag hoe die kans verandert door het hebben van een specifieke klacht. Wie vanwege een voelbare solide mammatumor de huisartsenpraktijk bezoekt, behoort daarmee tot een selectie van de algemene populatie. De kans op mammacarcinoom ligt door dit enkele feit namelijk direct veel hoger, want een doorsnee huisarts ziet per jaar gemiddeld circa 9-10 vrouwen met een knobbel in de borst en bij 1 van hen zal dit kanker zijn. Dat betekent dat, gegeven de aanwezigheid van een palpabele mamma-afwijking, de kans op borstkanker binnen deze geselecteerde groep zo'n 10% bedraagt, ongeacht de leeftijd.³

Maar bij de besproken patiënte speelt nog een factor mee: zij behoort tot de populatie vrouwen met een mammatumor ontdekt tijdens lactatie. Binnen deze groep is de kans dat de tumor maligne is, nóg iets hoger.⁴ Het ziekteprobleem bij deze vrouw behoort daardoor tot een bijzondere categorie, ook diagnostisch.⁵ Deze informatie maakt een accuratere schatting mogelijk van de – hogere – kans op carcinoom.

Omdat de kans op borstkanker bij een palpabele afwijking ontdekt tijdens lactatie veel hoger is dan de kans op borstkanker bij willekeurige vrouwen van 31 jaar, had de patiënte dus een relatief hoge a-priorikans op mammacarcinoom. Die waarschijnlijkheid had vervolgens als richtsnoer voor het verdere klinisch denken en handelen moeten dienen. Het is onjuist om bij de kansschatting op borstkanker het leeftijdsargument te laten prevaleren boven de klacht van een knobbel. Hoe voorkom je vervolgens dat een maligne tumor binnen deze gedefinieerde groep vrouwen wordt gemist?

DE DIAGNOSTISCHE STRATEGIE

Een diagnostische test kan voor het aantonen, maar ook voor het uitsluiten van ziekte gebruikt worden. Aantonen van ziekte vergt een hoge specificiteit (weinig foutpositieve testresultaten), terwijl voor het uitsluiten vooral een hoge sensitiviteit gewenst is (weinig foutnegatieve testresultaten). Bij een vrouw met een palpabele mamma-afwijking is het primair van belang met een zo groot mogelijke zekerheid de diagnose 'borstkanker' uit te sluiten; dat vraagt dus testen met een hoge sensitiviteit.

De meest gevoelige diagnostische strategie bij palpabele afwijkingen is de drieslagdiagnostiek ('triple diagnosis'): de combinatie van palpatie, radiologisch onderzoek en cel- of weefselhistologie. Deze samenvoeging geeft de hoge gevoeligheid die vereist is voor het uitsluiten van

een maligne tumor en die is altijd hoger dan alleen radiodiagnostiek. Radiodiagnostiek van de mamma heeft een sensitiviteit van 82%.⁶ Gezien de foutnegatiefkans van 18% is alleen radiologische diagnostiek ter uitsluiting van borstkanker onjuist. Combinatie met punctiecytologie (foutnegatiefkans 15%) doet de gecombineerde sensitiviteit stijgen tot 97%.

Bij de besproken patiënte werd in de eerste ronde van diagnostiek géén cytologisch of histologisch onderzoek verricht. De vraag is of de aanpak bij vrouwen jonger dan 35 jaar conform de NHG-standaard (alleen radiodiagnostiek, met name echografie) wel juist is, wanneer het doorslaggevend argument daarvoor de zeer lage absolute kans op kanker bij deze leeftijd is. Drieslagdiagnostiek is bij iedere palpabele mammatumor, ongeacht de leeftijd, geïndiceerd. Nalaten van cel- of weefselonderzoek geeft onvoldoende sensitiviteit om adequaat kanker te kunnen uitsluiten. Wanneer die diagnostische weg bij deze vrouw wel zou zijn gevolgd, zou de werkelijke aard van het ziekteproces zeer waarschijnlijk in eerste instantie zijn vastgesteld.

CONCLUSIE

Het rechtsgeschil gaat bij deze casus niet primair over het diagnostische beleid, maar over de zorgplicht van een huisarts om te letten op het nakomen van vervolgspraken. Maar de diagnostische context is in dit geval wel belangrijk, want die geeft aan welke risico's deze vrouw liep bij inadequate diagnostiek en bij het falen van het vangnet, namelijk de controle na enkele maanden die niet plaatsvond.

De deskundige beoordeelde de diagnostische benadering

op grond van waarschijnlijkheidsargumenten. In de standaarddiagnostiek van mammacarcinoom in de eerste lijn speelt de ziektekans ook een centrale rol voor de fundering van de keuzes. Deze casus laat zien dat kansbegrip bij het medisch denken en handelen hier onjuist werd gehanteerd. In de geneeskunde werken we vrijwel altijd met voorwaardelijke kansen, kansen die betrekking hebben op omschreven populaties.⁷ Het schatten van die kansen en het beoordelen van de betekenis ervan vereist niet alleen kennis van waarschijnlijkheidsleer, maar vooral inzicht in de selectieprocessen waaruit deze omschreven populaties zijn voortgekomen. Bij de besproken patiënte werd de a-priorikans op ziekte onderschat en de verkeerde diagnostische strategie gekozen.

Het is een kwestie van beleid of een huisarts iedere vrouw met een palpabele mammatumor zal willen verwijzen naar een gespecialiseerde mammapoli of dat hij of zij dat probleem zelf wil afhandelen. In het laatste geval is het nodig dat bij het onderzoek op de afdeling Radiodiagnostiek tevens cel- of wefelseldiagnostiek wordt verricht bij iedere niet-cysteuze mamma-afwijking. Huisartseneeskunde betekent in de praktijk vaak het uitsluiten van ernstige aandoeningen: afwachten of niet? De drieslagdiagnostiek is niet onfeilbaar, maar wel de betrouwbaarste aanpak voor het uitsluiten van een maligne tumor.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 25 oktober 2010

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2011;155:A2773

[➤ Meer op www.ntvg.nl/perspectief](http://www.ntvg.nl/perspectief)

LITERATUUR

- 1 Rechtbank 's-Hertogenbosch, 18 januari 2006. Zaaknummer 99284/HA ZA 03-1707.
- 2 Gerechtshof 's-Hertogenbosch, 20 juli 2010. Landelijk Jurisprudentie Nummer (LJN): BN2030. Dit vonnis is na te lezen via (snelzoeken op LJ-nummer BN2030).
- 3 Wiersma T, de Bock GH, Corsten MC, Scheele ME, Goudswaard AN. Beknopte weergave van de standaard "Diagnostiek van mammacarcinoom (tweede herziening)" van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Ned Tijdschr Geneeskd. 2009;153:A154.
- 4 Lyons TR, Schedin PJ, Borges VF. Pregnancy and breast cancer: when they collide. J Mammary Gland Biol Neoplasia. 2009;14:87-98.
- 5 Ayyappan AP, Kulkarni S, Crystal P. Pregnancy-associated breast cancer: spectrum of imaging appearances. Br J Radiol. 2010;83:529-34.
- 6 Houssami N, Irwig L, Simpson JM, McKessar M, Blome S, Noakes J. Sydney Breast Imaging Accuracy Study: Comparative sensitivity and specificity of mammography and sonography in young women with symptoms. AJR Am J Roentgenol. 2003;180:935-40.
- 7 Hacking I. An introduction to probability and inductive logic. Cambridge: Cambridge University Press; 2001, p. 47-8.