

De dokter en de diagnose-verzamelaar

Geert-Jan Geersing

+ GERELATEERD ARTIKEL Ned Tijdschr Geneesk. 2015;159:A7693

Elders in dit tijdschrift geven Molhoek en collega's een heldere opsomming van de differentiaaldiagnose van een lymfocytose.¹ Het artikel deed mij teruggaan naar mijn eerste colleges geneeskunde. Waarschijnlijk zullen velen van u zich nog herinneren hoe de wondere wereld van de fysiologie en pathologie werd geopenbaard door onze leermeesters. Vol verbazing luisterden mijn aanstaande collega's en ikzelf, ons realiserend dat ook wij nu officieel waren toegetreden tot het artsengilde.

We wilden ziektes begrijpen, en zodra we die hadden begrepen ook bij patiënten kunnen diagnosticeren. Zo vormt zich bij elke dokter een verzamelboek van diagnoses; belangrijk, omdat het dagelijks – vaak impliciet – gebruikt wordt om ziekten bij nieuwe patiënten sneller te herkennen. Zoals bij elke verzameling wil de verzamelaar – in dit geval de dokter – wel elke diagnose zo precies mogelijk classificeren en voorzien van informatie; resultaten van beeldvorming, laboratoriumbevindingen, kweekuitslagen, et cetera.

Deze verzamelwoede – die ik zelf soms ook niet kan beheersen – kan leiden tot overdiagnostiek. Het aanvragen van extra onderzoek levert dan niet zo veel op voor de patiënt. Soms ondervindt de patiënt er zelfs schade door, bijvoorbeeld wanneer bij onduidelijke of onzekere bevindingen een behandeling met bijkomende risico's wordt ingezet, zoals medicatie of een operatie. Overdiagnostiek is recentelijk meer in de belangstelling gekomen, en kent vele gezichten en oorzaken.² Zonder volledigheid na te streven, wil ik in dit commentaar hier dieper op ingaan.

DE IDOKTER

Een van de gezichten van overdiagnostiek is treffend in beeld gebracht door de Amerikaanse internist en schrijver Abraham Verghese.³ Hij beschrijft de moderne iDokter die, zonder de patiënt gezien te hebben, al uitgebreide differentiaaldiagnoses aan het maken is op basis van reeds aangevraagd laboratoriumonderzoek en radiologische diagnostiek. Verghese toont ons het gezicht van een

goed geoutilleerde Eerste Hulp in een modern ziekenhuis: de dokter achter zijn computer, en de patiënt teruggebracht tot een lijstje uitslagen op het scherm.

Toegegeven, uit wetenschappelijk onderzoek is gebleken dat de diagnostische waarde van het lichamenlijk onderzoek bij bijvoorbeeld een verdenking op pneumonie beperkt is.⁴ Maar betekent dit dat we auscultatie en percussie van de longen dan maar achterwege moeten laten? Allicht is het beter om direct over te gaan tot beeldvormend onderzoek, of eventueel nog een CRP-test? En als we dan toch bloed afnemen, dan maar direct een volledig 'intern lab', je weet immers maar nooit ...

Volgens Abraham Verghese verliezen we daarmee een belangrijk ritueel, namelijk het luisteren, voelen, zien en goed lichamenlijk nakijken van een patiënt. Een ritueel dat volgens Verghese niet alleen belangrijk is voor de arts-patiëntrelatie en dat vertrouwen geeft, maar dat het ook mogelijk maakt direct zichtbare of makkelijk te herkennen diagnoses te stellen, zonder terug te hoeven vallen op moderne technologie.

Deze moderne technologie laat een ander gezicht zien van overdiagnostiek. Zo is de referentietest bij een verdenking op een longembolie de laatste decennia verschoven van een invasieve pulmonalisangiografie via ventilatie-perfusiescan naar de spiraal-CT. Dit heeft zonder meer de diagnostiek bij een longembolie vereenvoudigd. De pulmonalisangiografie was vaak niet direct beschikbaar tijdens diensturen en was pijnlijk voor patiënten, terwijl de ventilatie-perfusiescan vaak onduidelijke uitslagen genereerde. De spiraal-CT is vaak wel direct beschikbaar, en kan bovendien met hetzelfde gemak alternatieve diagnoses zichtbaar maken, zoals pneumonie.

Tegelijkertijd schuilt hierin ook het gevaar. Dit moderne onderzoek is zó gevoelig dat het zelfs de kleinste subsegmentale longembolietjes vaststelt. Overdiagnostiek en vervolgens overbehandeling met – potentieel gevaarlijke – anticoagulantia liggen op de loer.⁵ Aanwijzingen hiervoor zijn al gevonden: de incidentie van longembolieën stijgt sinds de introductie van de spiraal-CT. Tegelijkertijd leidt deze vroegere en betere detectie van een longembolie niet tot een daling van de sterfte door longembolieën, hetgeen je zou verwachten als eerdere detectie betekent dat de patiënt ook eerder en beter behandeld wordt.⁶ Paradoxaal genoeg wordt de diagnose 'longembolie' nog altijd frequent gemist, vooral bij ouderen.⁷⁻⁹ De

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Utrecht.

Dr. G.J. Geersing, huisarts en onderzoeker
(g.j.geersing@umcutrecht.nl).

moderne technologie heeft deze paradox – eerdere detectie van longembolie en tegelijkertijd het frequent missen van de diagnose bij ouderen – niet opgelost, en zal deze ook niet oplossen.

PROGNOSE IN PLAATS VAN DIAGNOSE

In veel gevallen is wellicht een oplossing te vinden door na te denken over de prognostische betekenis van aanvullende informatie. Na de anamnese en het lichamenlijk onderzoek zal de arts namelijk heel vaak al goed in staat zijn om een prognose te geven. Bij patiënt A in de labquiz (A7693) kan men zich afvragen welke prognostische informatie nou werkelijk is verkregen door het aanvragen van laboratoriumonderzoek, inclusief het serologisch onderzoek naar Epstein-Barr-virus en de bepaling van een volledig bloedbeeld plus differentiatie. Waarschijnlijk was bij deze jonge vrouw toch al duidelijk dat haar prognose uitstekend was.

Dit vraagt om meer wetenschappelijk onderzoek naar prognostiek. Traditioneel wordt hieronder verstaan: wetenschappelijk onderzoek naar het natuurlijke beloop van een ziekte, dus zonder dat een behandeling is gegeven.^{10,11} Ik zou hieraan willen toevoegen: onderzoek naar het natuurlijk beloop van klachten en symptomen zonder dat uitvoerige diagnostische informatie is verkregen. Dit zou antwoord moeten geven op de vraag: wat voegt het

uitvoeren van diagnostische of prognostische tests toe aan het optimaliseren van de prognose van een patiënt die met bepaalde klachten de dokter bezoekt?

Om te beginnen dient de prognostische informatie van een goede anamnese en goed lichamenlijk onderzoek geëvalueerd te worden, in de context van de individuele patiënt, dat wil zeggen: rekening houdend met aspecten als de ziektegeschiedenis, leeftijd, geslacht en de kennis van de dokter over de patiënt. Zo nodig wordt dit arsenaal aan prognostische informatie – dat direct in de spreekkamer al beschikbaar is na het lichamenlijk onderzoek van de patiënt – aangevuld met enkele sneltesten voor biomarkers als CRP, D-dimeer en breinatriuretrisch peptide (BNP). Alleen als dan nog niet met voldoende zekerheid een prognose gegeven kan worden, is aanvullend beeldvormend onderzoek gewenst, onder het motto: minder als het kan, en alleen meer als het echt moet.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 21 januari 2015

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A8808

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A8808**

LITERATUUR

- Molhoek EM, Koenders MMJF, Droogendijk J, Kluiters-De Hingh Y. Lymfocytose. Ned Tijdschr Geneeskd. 2015;159:A7693.
- Emanuel EJ, Fuchs VR. The perfect storm of overutilization. JAMA. 2008;299:2789-91.
- Vergheze A, Brady E, Kapur CC, Horwitz RI. The bedside evaluation: ritual and reason. Ann Intern Med. 2011;155:550-3.
- Hopstaken RM, Muris JW, Knottnerus JA, Kester AD, Rinkens PE, Dinant GJ. Contributions of symptoms, signs, erythrocyte sedimentation rate, and C-reactive protein to a diagnosis of pneumonia in acute lower respiratory tract infection. Br J Gen Pract. 2003;53:358-64.
- Prasad V, Rho J, Cifu A. The diagnosis and treatment of pulmonary embolism: a metaphor for medicine in the evidence-based medicine era. Arch Intern Med. 2012;172:955-8.
- Wiener RS, Schwartz LM, Woloshin S. Time trends in pulmonary embolism in the United States: evidence of overdiagnosis. Arch Intern Med. 2011;171:831-7.
- Kokturk N, Oguzulgen IK, Demir N, Demirel K, Ekim N. Differences in clinical presentation of pulmonary embolism in older vs younger patients. Circ J. 2005;69:981-6.
- Schiff GD, Hasan O, Kim S, et al. Diagnostic error in medicine: analysis of 583 physician-reported errors. Arch Intern Med. 2009;169:1881-7.
- Timmons S, Kingston M, Hussain M, Kelly H, Liston R. Pulmonary embolism: differences in presentation between older and younger patients. Age Ageing. 2003;32:601-5.
- Hemingway H, Croft P, Perel P, et al; PROGRESS Group. Prognosis research strategy (PROGRESS) 1: a framework for researching clinical outcomes. BMJ. 2013;346(feb05 1):e5595.
- Hendriksen JM, Geersing GJ, Moons KG, de Groot JA. Diagnostic and prognostic prediction models. J Thromb Haemost. 2013;11(Suppl 1):129-41.