

'Het syndroom van Amice'

ALS DE PATIËNT EEN COLLEGA IS EN EEN COLLEGA DE DOKTER

Jesse de Metz, Paul Wijnandts en Marcel Levi

Gerelateerde artikelen: Ned Tijdschr Geneeskd. 2009;153

Dames en Heren,

Bij de medische behandeling van collega-medici spelen enkele complicerende factoren een rol. De patiënt die tevens arts is, heeft er soms moeite mee zich in zijn of haar rol te schikken, terwijl de arts die tevens collega is, er moeite mee heeft zijn of haar collega als doorsneepatiënt te behandelen. In de medische en specialistische opleiding wordt geen aandacht besteed aan deze 'dubbele bias'. Toch komt de situatie regelmatig voor. Van de beroepsbevolking in Nederland is circa 0,7% praktiserend arts. Maar liefst 15% van de beroepsbevolking is werkzaam in de zorgsector in bredere zin; daarbij zijn verpleegkundigen en paramedici meegerekend (bron: Centraal Bureau voor de Statistiek). Dat er ongewenste situaties kunnen ontstaan wanneer de patiënt niet het gebruikelijke ziektegedrag vertoont en wanneer het medisch handelen niet volgens de standaardmethode plaatsvindt, laten wij u in deze les zien aan de hand van 2 casussen.

Patiënt A is een 31-jarige man met een blanco medische voorgeschiedenis, die zich op een vrijdag bij de huisarts meldt in verband met sinds 7 dagen bestaande koorts tot 40°C. Daarbij klaagt hij over hoofdpijn en algemene malaise. De hulpvraag aan zijn huisarts is of er een leukocytentelling gedaan kan worden, zodat op grond daarvan besloten kan worden hem al dan niet te behandelen met antibiotica. Gezien dit nogal ongebruikelijke verzoek informeert de huisarts naar het beroep van de patiënt; die blijkt arts in opleiding tot internist te zijn.

Bij lichamelijk onderzoek van hals, oren, hart en longen vindt de huisarts geen afwijkingen. Zij willigt het verzoek van de patiënt in: deze krijgt een formulier voor laboratoriumonderzoek mee waarop 'leukocytentetal', 'leukocytendifferentiatie' en 'C-reactieve proteïne' zijn aangekruist. Nog dezelfde ochtend laat de patiënt bloed prikken, nadat hij zelf op het formulier nog een vinkje heeft gezet voor 'trombocytentetal'. Die dag lukt het de assistente van de huisarts niet de bloedsuitslagen te krijgen. Vervolgens neemt patiënt zelf contact op met het streeklaboratorium en na enig aandringen krijgt hij de uitslagen. Er blijkt een geringe leukopenie te zijn van $3,6 \times 10^9$ cellen/l met een lymfocytose van 70%, een concentratie C-reactieve proteïne van 17 mg/l en een trombocyt-

Academisch Medisch Centrum/

Universiteit van Amsterdam, Amsterdam.

Afd. Intensive Care Volwassenen: dr. J. de Metz,

arts in opleiding tot internist.

Afd. Anesthesiologie: drs. P. Wijnandts,

arts in opleiding tot anesthesioloog.

Afd. Inwendige Geneeskunde:

prof.dr. M. Levi, internist.

Contactpersoon: dr. J. de Metz

(j.demetz@amc.uva.nl).

tengetal van $67 \times 10^9/l$. Uit ongerustheid over deze uitslagen, vooral over het lage trombocytengetal, neemt patiënt de volgende dag (zaterdag) contact op met de dienstdoende collega van de afdeling Inwendige Geneeskunde van het ziekenhuis waaraan hij verbonden is. Patiënt wordt verzocht naar het ziekenhuis te komen voor aanvullend onderzoek.

Bij lichamelijk onderzoek wordt er geen nieuw gezichtspunt gevonden. Bij laboratoriumonderzoek zijn de uitslagen: Hb: 8,5 mmol/l; leukocytengetal: $3,8 \times 10^9/l$, waarvan 46% lymfocyten met opvallend veel atypische, jonge vormen – enkele daarvan worden gekarakteriseerd als ‘blasten’. Voorts zijn er lichte leverenzymstoornissen. Op een thoraxröntgenfoto ziet men geen afwijkingen; op grond van een röntgenbeeld van de sinussen wordt een sinusitis vermoed. Patiënt wordt meegedeeld dat hij een sinusitis heeft, waarvoor hij een kuur amoxicilline-clavulaanzuur krijgt, en dat hij een ‘onrustig bloedbeeld’ heeft dat zou kunnen passen bij een myeloproliferatieve ziekte, bijvoorbeeld een myelodysplastisch syndroom; daarvoor is een beenmergpunctie geïndiceerd. Er wordt voorgesteld de punctie de volgende dag, op zondag, te verrichten.

De sternumpunctie toont een niet-afwijkend beeld, zonder aanwijzingen voor een hematologische diagnose. Vervolgens ingezette diagnostiek laat een positieve IgG- en IgM-uitslag op epstein-barrvirus zien, waarna de diagnose ‘recente mononucleosis infectiosa’ verder wordt bevestigd door een gegeneraliseerd exantheem; patiënt heeft inmiddels zelf de behandeling met antibiotica al gestaakt. Enkele weken later kan hij zijn werkzaamheden hervatten.

Patiënt B is een 31-jarige man met een blanco medische voorgeschiedenis. Kort nadat hij voor het eerst vader is geworden en beduidend meer sport is gaan beoefenen, krijgt hij klachten van vermoeidheid. Volgens zijn partner, die in opleiding is tot huisarts, oogt hij bovendien bleek. Het gewicht van patiënt is in één maand tijd met enkele kilo's gedaald, maar hij heeft geen last van koorts of nachtzweeten. De huisarts vindt geen bijzonderheden bij zijn onderzoek en denkt dat de vermoeidheidsklachten goed te verklaren zijn als gevolg van sociale omstandigheden, maar hij stemt in met een Hb-meting.

Aangezien patiënt zelf arts is, in opleiding tot anesthesioloog, is bloedonderzoek gemakkelijk te arrangeren in het ziekenhuis waar hij werkzaam is. Hij vult zelf een uitgebreid laboratoriumformulier in en laat op zijn werkplek door een collega bloed afnemen. Later op de dag blijkt de Hb-waarde 7,0 mmol/l te zijn en het leukocytengetal $54 \times 10^9/l$ met een sterke linksverschuiving; er is een trombopenie van $56 \times 10^9/l$. Er wordt vervolgens contact opgenomen met een staflid van de afdeling Hematologie; deze verricht lichamelijk onderzoek zonder bijzonderhe-

den te vinden. Er wordt besproken dat het op basis van het bloedbeeld waarschijnlijk gaat om chronische myeloïde leukemie; volgens het protocol moet worden bepaald of het philadelphia-chromosoom aanwezig is. Nog diezelfde dag wordt hiervoor bloed afgenomen.

Een week later, tijdens het poliklinische vervolg, is de uitslag van het aanvullende bloedonderzoek bekend en daaruit blijkt dat het philadelphia-chromosoom niet is gedetecteerd. Aangezien de test op de aanwezigheid van dit chromosoom sensitiever is bij gebruik van beenmerg wordt besloten een toch al geplande beenmergpunctie uit te voeren. Tevens wordt alvast besproken dat er verschillende therapeutische opties zijn, maar dat de kans op complete genezing zeer klein is. Het zal namelijk niet eenvoudig zijn om een eventuele allogene beenmergtransplantatie uit te voeren, aangezien patiënt geen genetisch verwante familieleden kent.

Op verzoek van patiënt wordt het leukocytengetal opnieuw gemeten. De uitslag is $7,2 \times 10^9/l$; de Hb-waarde en het trombocytengetal zijn niet-afwijkend. Daarom wordt de diagnose ‘chronische myeloïde leukemie’ alsnog verworpen. Achteraf kan worden vastgesteld dat er een verwisseling van bloedbuizen heeft plaatsgevonden bij de eerste venapunctie. Enige weken later zijn de vermoeidheidsklachten spontaan afgenomen.

De behandeling van collega-artsen vergt behoedzaamheid. Er worden immers onbewust valkuilen gegraven door de patiënt én door de behandelend arts. Bij sociale gelegenheden wordt vaak gesteld dat artsen zich pas bij hun collegae melden ‘als het verschrikkelijk laat is’, en dit lijkt wat bepaalde aandoeningen betreft ook werkelijk het geval te zijn.¹ Daartegenover staat dat artsen met gezondheidsklachten zich dikwijls juist actief lijken te bemoeien met de medische besluitvorming, bijvoorbeeld door zichzelf rechtstreeks te verwijzen naar een specialist of superspecialist.² Uit de bovenstaande casuïstiek blijkt dat zij daarbij tevens de neiging hebben de gebaande paden te verlaten en zelfdiagnostiek te verrichten.

Deze ‘zelfdokteraars’ gaan eraan voorbij dat normaal gesproken de behandelend arts zich een objectieve mening vormt aan de hand van een anamnese, waarna besloten wordt al dan niet lichamelijk en aanvullend onderzoek te verrichten. Patiënt A liet het besluit tot bloedonderzoek niet primair aan een eerstelijnsbehandelaar over en vroeg zelfstandig extra onderzoek aan. Bij patiënt B werd er weliswaar in overleg met de huisarts bloedonderzoek gedaan, maar op uitgebreidere schaal dan aanvankelijk de bedoeling was; patiënt liet onder andere het leukocytengetal en de differentiatiewaarden op eigen initiatief meebepalen. Vervolgens besloten beide patiënten op eigen houtje de volgende stap in het medische circuit te zetten door zelf een medisch specialist te

kiezen en daarmee kwamen zij in de tweede lijn in de zorg terecht, ja zelfs in de derde lijn.

Overigens gebeurde dit niet primair uit onvrede met het handelen van de huisarts. In de eerste casus kon de huisarts geen coördinerende rol spelen omdat de patiënt niet tot na het weekend op een nieuw trombocytengetal wilde wachten en hij in het ziekenhuis wel gemakkelijk in het weekend diagnostiek kon arrangeren. In de tweede casus werd het aanvullend onderzoek 'uit praktische overwegingen' niet via het huisartsenlaboratorium ingezet.

ACHTERLIGGENDE MOTIEVEN

Naar de motieven voor het verlaten van de gebaande paden zijn vrijwel geen onderzoeken gedaan. Wel worden er in de literatuur suggesties gedaan om het afwijkende gedrag van zieke dokters te verklaren.

In de eerste plaats is het voor de arts gemakkelijk om laboratorium- en ander onderzoek te laten verrichten en om medisch-specialistisch advies te krijgen. Daarnaast is er een praktische invalshoek: de arts kan afspraken en wachttijden vermijden door tussen de bedrijven door een collega te consulteren en hoeft zo de huisarts niet lastig te vallen met een zogenaamd 'onbenullig probleem'.³ Daarbij is het van belang te weten dat lang niet alle artsen een huisarts hebben, al steeg in de jaren 1982-1998 het aantal huisartsen dat zelf een huisarts had van 27 naar 63%.^{4,5} Wellicht proberen artsen ook het ziekteverzuim te beperken door op de eigen werkplek iets te regelen in plaats van tijdens reguliere uren de huisarts te bezoeken.¹

In de tweede plaats zijn arts-patiënten mogelijk bang, waardoor zij ontwijkend gedrag vertonen of juist superspecialistische zorg opzoeken. Zij hebben immers een realistisch inzicht in de ingrijpende gevolgen van ziekzijn en in de complexiteit en onzekerheden van een diagnostisch en therapeutisch proces.^{3,6,7} Voorts wordt gesuggereerd dat schaamte en teloorgang van autonomie het voor de arts moeilijk kunnen maken om patiënt te zijn.^{6,7}

In beide casussen werden de gebruikelijke 'filters' weggenomen door de patiënten zelf, zodat de tendens tot overdiagnostiek werd versterkt. Deze tendens werd overgenomen door de behandelaars. Bij de patiënten A en B werd in hoog tempo aanvullend onderzoek verricht, terwijl het twijfelachtig is of er uit medisch oogpunt haast geboden was. In beide casussen leidde een en ander juist tot ongerustheid bij de patiënten en de behandelaars, terwijl patiënt A een banale aandoening had en patiënt B niet ziek was. Ironisch is dat de onrust nog werd versterkt door de goede wil van de als behandelend arts functione-

rende collega's, die door voortvarend handelen trachtten het diagnostisch traject snel en slagvaardig af te leggen. Daartegenover bestaat het gevaar dat artsen hun zieke collega onderbehandelen doordat zij hun best doen de bijzondere patiënt niet de status van een belangrijke persoon te geven.³ Dezelfde patronen lijken zich overigens voor te doen als familieleden van artsen zich als patiënt melden; ook dan kunnen diagnostische en therapeutische routines worden losgelaten, al dan niet door bemoeienis van verwanten met een medische opleiding. Tenslotte kan er nog over gespeculeerd worden of de wat ongebruikelijke plaats van bloedafname bij patiënt B – op de eigen werkplek in plaats van in het gebruikelijke laboratorium – heeft bijgedragen aan de verwisseling van de bloedmonsters.

Dames en Heren, indien u zich als patiënt bij een collega meldt, en indien een collega zich als patiënt bij u meldt, dient u zich ervan te verzekeren dat beide partijen zich volgens de gebruikelijke patronen gedragen. Zo kan voorkomen worden dat de patiënt iatrogene schade lijdt als gevolg van het eigen handelen en dat van collega-medici. Wij noemen dit gevaar 'het syndroom van Amice'. De patiënt – iedere patiënt – heeft er de meeste baat bij dat de gebruikelijke diagnostische en therapeutische paden worden gevolgd; deze zijn immers beproefd en beschermen zoveel mogelijk tegen overdiagnostiek, die het risico meebrengt van fout-positieve of irrelevante uitslagen, en tegen onderdiagnostiek, die vertraging kan veroorzaken bij het stellen van de juiste diagnose.

Zoveel mogelijk moet worden vermeden dat patiënten zichzelf verwijzen, dat zij zichzelf een behandeling voorschrijven en dat zij afwijken van bestaande zorgprotocollen, ook al omdat patiënten niet met de noodzakelijke objectieve blik van een medicus naar hun eigen ziektegeschiedenis kunnen kijken. Het volgen van de gebruikelijke routines is ook geboden wanneer familieleden of naaste vrienden van artsen medische hulp zoeken. Wellicht dient aan deze zaken meer aandacht besteed te worden in medische opleidingen, zodat men de beschreven valkuilen eerder herkent.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 10 juni 2008

Citeer als Ned Tijdschr Geneesk. 2009;153: B58

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

LITERATUUR

- 1 Forsythe M, Calnan M, Wall B. Doctors as patients: postal survey examining consultants and general practitioners adherence to guidelines. *BMJ*. 1999;319:605-8.
- 2 Thompson WT, Cupples ME, Sibbett CH, Skan DI, Bradley T. Challenge of culture, conscience, and contract to general practitioners' care of their own health: qualitative study. *BMJ*. 2001;323:728-31.
- 3 Stoudemire A, Rhoads JM. When the doctor needs a doctor: special considerations for the physician-patient. *Ann Intern Med*. 1983;98(5 Pt 1):654-9.
- 4 Lens P. Zieke dokters [proefschrift]. Nijmegen: Katholieke Universiteit; 1984.
- 5 De Jonge P, Thijssen C, Boendermaker P. Zieke dokters anno 1998. *Huisarts Wet*. 2002;45:8-10.
- 6 Van Dantzig A. De dokter als patiënt: een dialoog voor één persoon. In: Lens P, redacteur. *Zieke dokters*. Utrecht: Bunge; 2001. p. 79-87.
- 7 Lagro-Janssen T. Als dokters ziek worden ... In: Lens P, redacteur. *Zieke dokters*. Utrecht: Bunge; 2001. p. 209-16.