

Diagnostische conclusies van de huisarts naar aanleiding van onverklaarde moeheid

J. A. KNOTTNERUS, R. STARMANS EN A. VISSERS

In een na-onderzoek, een jaar na het eerste contact wegens moeheidsklachten die in eerste instantie onverklaard bleven, werden via het kaartstelsel en de huisarts zelf geïnventariseerd: de diagnostische conclusies van de huisarts naar aanleiding van de moeheidsepisode, benevens alle diagnostische conclusies die binnen het follow-up-jaar naar voren waren gekomen. Naar aanleiding van de moeheidsepisode werd in 17 procent van de gevallen een somatische diagnose gesteld en bij 16 procent kwam een psychosociaal probleem naar voren. Op hogere leeftijd werd vaker een somatische diagnose gesteld. Bij 70 procent van de patiënten kon geen diagnostische conclusie worden geformuleerd naar aanleiding van de moeheidsepisode. Bij 55 procent van de patiënten was ook na verloop van een jaar geen diagnose of probleem vastgesteld.

Inleiding

Als een patiënt de huisarts bezoekt met de klacht moeheid, zal dikwijls al tijdens het eerste consult een voor de hand liggende verklaring voor de klacht worden gevonden. Er blijft echter een groep over, waarbij aan het eind van het consult geen bevredigende conclusie is getrokken. Bij deze groep patiënten met 'onverklaarde moeheid' wordt vervolgens vaak aanvullende diagnostiek verricht.¹⁻³

In een eerder onderzoek werd geen verband gevonden tussen onverklaarde moeheid en de waarde van hematologische parameters. Bovendien bleek dat de voorspellende waarde van onverklaarde moeheid ten aanzien van het voorkomen van anemie zeer laag was.⁴ Op grond van deze resultaten zou men het belang van onverklaarde moeheid als 'diagnosticum' kunnen relativeren. Er ontbreekt echter nog een schakel:

welke 'diagnose' of welk probleem wordt uiteindelijk vastgesteld?

Over de diagnostische betekenis van de klacht moeheid zijn tot nu twee huisartsgeneeskundige studies gepubliceerd. Beide waren retrospectief: de (ingangs)klacht werd achteraf ontleend aan patiëntenkaarten. Het eerste onderzoek betrof 176 patiënten met een 'isolated diagnosis of fatigue'⁵, het tweede 57 patiënten met 'fatigue of uncertain etiology', waarbij de oorzaak van de klacht onzeker was na anamnese en fysisch-diagnostisch onderzoek.⁶ Men kwam in deze studies uiteindelijk in 40 à 50 procent van de gevallen tot een somatische diagnose; eveneens in 40 à 50 procent van de gevallen werd besloten tot psychische problemen, al dan niet in combinatie met een somatische aandoening. In 10 à 20 procent van de gevallen werd ook na follow-up geen definitieve diagnose gesteld.

Gezien het retrospectieve karakter van beide studies moeten selectieve uitsluiting en registratie van patiënten niet uitgesloten worden geacht; hierdoor kan de hoeveelheid achterliggende pathologie zijn beïnvloed. Bovendien werd de onverklaarde moeheid pas achteraf – soms na geruime tijd – als zodanig gedefinieerd. En tenslotte is de Amerikaanse 'family practice' niet vergelijkbaar met de Nederlandse huisartspraktijk.

Wij stelden een na-onderzoek in bij de moeheidspatiënten die in het eerste half jaar van 1984 waren opgenomen in het onderzoek 'Onverklaarde moeheid en het hemoglobinegehalte'.⁴ De vraagstelling was, hoe vaak de huisarts naar aanleiding van in eerste instantie onverklaarde moeheidsklachten uiteindelijk tot diagnostische conclusies komt en wat de aard is van deze conclusies.

Methode

Negen huisartsen registreerden gedurende een half jaar alle patiënten die voldeden aan de volgende criteria: – presentatie van moeheidsklachten waarvoor de huisarts na anamnese en

fysische diagnostiek, verricht tijdens het eerste consult, geen verklaring kon vinden;

- geen bekende pathologie die in verband kon staan met moeheid of het hemoglobinegehalte;
- geen presentatie van moeheidsklachten bij de huisarts in de afgelopen 12 maanden;
- indicatie volgens de huisarts tot hemoglobinebepaling.

Deze toelatingscriteria werden te voren mondeling doorgenomen en schriftelijk aan de huisartsen ter hand gesteld. Gedurende het onderzoek was er minstens eenmaal in de twee weken contact met de huisartsen over de voortgang van het onderzoek. Aan de in het onderzoek opgenomen patiënten werd tijdens het eerste contact door de huisarts onder meer gevraagd naar de ernst (gemeten op een driepuntsschaal) en de duur van de klacht.

Van deze patiënten werd op de volgende wijze informatie verzameld.

- Om vast te stellen welke diagnostische conclusie naar aanleiding van de moeheidsepisode was getrokken, bestudeerden de auteurs van iedere patiënt de patiëntenkaart en eventuele specialistische gegevens, één jaar na het eerste moeheidsconsult. Op een standaardformulier werden de uiteindelijke diagnostische conclusies van de huisarts genoteerd. In de regel waren deze direct aan de kaart te ontlenen. De diagnose 'ijzergebrek' werd nooit expliciet genoemd. Daarom werd tot de diagnostische conclusie 'ijzertherapie' besloten, als de kaart alleen vermeldde dat ijzermedicatie was verstrekt.

- Alle patiënten werden vervolgens met de huisarts besproken en eventueel werden de gegevens van de patiëntenkaart daarbij aangevuld. Voorts werd aan de huisarts gevraagd of zich bij de betreffende patiënten in het jaar na het eerste contact belangrijke nieuwe gezondheidsproblemen hadden voorgedaan.

De huisarts kon deze informatie ook geven over een vijftal patiënten van wie geen patiëntenkaart was aangetroffen; omdat de relatie tussen eventuele diagnostische conclusies en de moeheidsepisode bij deze patiënten niet via de kaart was te controleren, werden zij echter van dat deel van het onderzoek uitgesloten.

De conclusies zijn gegroepeerd in somatische diagnoses en psychosociale problemen (indien er een psychiatrisch toestandbeeld of een concreet psychosociaal probleem werd genoemd).

Rijksuniversiteit Limburg, Maastricht.

Dr. J. A. Knottnerus, arts-epidemioloog, vakgroep Huisartsgeneeskunde; R. Starmans, arts, vakgroep Epidemiologie; A. Vissers, research-medewerker, vakgroep Epidemiologie.

Correspondentie-adres: Dr. J. A. Knottnerus, vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht.

Resultaten

In de onderzoeksperiode werden 174 patiënten in het onderzoek opgenomen. Van 161 van deze patiënten was het mogelijk om via het kaartstelsysteem en mondelinge informatie van de huisarts alle follow-up gegevens te verzamelen. Van vijf andere (vrouwelijke) patiënten was de patiëntenkaart niet te vinden, maar de huisarts was wel op de hoogte van hun toestand na één jaar. Vier patiënten waren verhuisd; volgens de huisarts had zich bij hen tot het moment van verhuizing geen relevante gezondheidsproblematiek voorgedaan. Over vier andere patiënten kon noch via de kaart, noch via de huisarts verdere informatie worden verkregen.

Onder de 166 patiënten van wie follow-up gegevens werden verkregen, waren 39 mannen (gemiddelde leeftijd 41 jaar, range 18-82 jaar) en 127 vrouwen (gemiddelde leeftijd 38 jaar, range 18-79 jaar). Gemiddeld hadden de patiënten 5,1 contacten met hun huisarts in het follow-up jaar (5,5 bij vrouwen en 3,7 bij mannen), waarvan gemiddeld 1,3 aan de moeheidsepisode werden besteed. Bij 13 procent van de patiënten was na een jaar de moeheidsklacht nog steeds aan de orde in het contact met de huisarts.

Diagnostische conclusies naar aanleiding van de moeheidsklachten

Uit tabel 1 blijkt dat bij 27 patiënten (17 procent) somatische diagnoses werden gesteld. Bij 16 procent kwam een psychosociaal probleem naar voren. Er werden bij mannen relatief wat vaker somatische en psychosociale problemen vastgesteld, maar deze verschillen zijn niet significant (chi-kwadraat toets).

De leeftijd is van invloed, zoals ook blijkt uit tabel 2. Bij patiënten van 50 jaar en ouder wordt over het geheel genomen ruim tweemaal zo vaak een somatische diagnose gesteld als bij jongere patiënten ($p < 0,05$, chi-kwadraat toets). Deze tendens doet zich bij psychosociale problemen alleen voor bij mannen.

Gezondheidsproblemen kunnen in combinatie voorkomen. De grootste groep patiënten bij wie een probleem naar voren komt, betreft echter een geïsoleerde somatische diagnose (15 procent). Bij 11 procent komt alleen een psychosociaal probleem voor. Combinaties worden slechts in 5 procent van de gevallen gevonden, terwijl bij 70 procent van de moeheidspatiënten geen diagnostische conclusie naar voren komt (tabel 1).

Wij vonden geen relevant verband tussen de duur van de klachten vóór het eerste contact en de kans op het vinden van een somatische aandoening of een psychosociaal probleem. Ook tussen de gerapporteerde ernst van de moeheid

(tamelijk moe, moe, erg moe) en de kans op gezondheidsproblemen vonden wij geen samenhang.

Tabel 1 geeft aan dat de aard van de diagnostische conclusies zeer gevarieerd is. Als men de somatische dia-

Tabel 1 - Table 1. Diagnostische conclusies van de huisarts naar aanleiding van in eerste instantie onverklaarbare moeheidsklachten – Diagnostic conclusions of the general practitioner in view of primarily inexplicable complaints of fatigability.

	Men			Women		
	<50 yr n=26	≥50 yr n=13	total n=39	<50 yr n=92	≥50 yr n=30	total n=122
<i>Somatic</i>						
Upper respiratory tract infection	2	–	2	3	–	3
Cardiovascular pathology						
– angina pectoris	–	1	1	–	1	1
– hypertension	–	–	–	–	1	1
– hypotension	–	–	–	1	–	1
– cardiac decompensation	–	–	–	–	1	1
– ferrotherapy	–	–	–	1	3	4
Gastrointestinal pathology						
– gastric ulcer	1	1	2	–	–	–
– gastritis	–	1	1	–	–	–
Genital infection	–	1	1	2	–	2
Musculoskeletal symptoms	–	–	–	1	1	2
Arthrosis	–	–	–	1	–	1
Infectious mononucleosis	–	–	–	1	–	1
COLD ^a	–	–	–	–	1	1
Allergy	–	–	–	1	–	1
Urinary tract infection	1	–	1	–	–	–
Number of diagnoses	4	4	8	11	8	19
Number of patients	4	4	8	11	8	19
<i>Psychosocial</i>						
Depressive	1	1	2	2	2	4
Family/relations	1	1	2	2	1	3
Work	–	3	3	1	–	1
Other	2	2	4	11	4	15
Number of problems	4	7	11	16	7	23
Number of patients	3	5	8	13	4	17
<i>No diagnostic conclusion</i>						
Number of patients	19	5	24	69	19	88

^a Chronic Obstructive Lung Disease

gnosen hergroepeert in infectieuze en niet-infectieuze aandoeningen, valt op dat de eerste vooral bij de jongere groep voorkomen (60 procent van de bij hen gestelde somatische diagnoses); bij de ouderen overheersen meer chronische aandoeningen (92 procent van de somatische diagnoses).

Bij slechts 4 patiënten (allen vrouw)

werd ijzer voorgeschreven. Hierbij kan bedacht worden dat geen van hen bij het eerste consult een Hb lager dan 7,5 mmol/l had.⁴

Naar aanleiding van de ziekte-episode die begon met de presentatie van moeheid, werden 20 patiënten (12 procent) verwezen naar een medisch specialist.

Synopsis

Knottnerus JA, Starmans R, Vissers A. Diagnostic conclusions of the general practitioner in view of unexplained fatigability. Huisarts Wet 1987; 30: 9-12.

Introduction. How often does the general practitioner ultimately reach diagnostic conclusions in view of primarily inexplicable complaints of fatigability, and what is the nature of these conclusions?

Methods. During six months nine general practitioners registered all patients who met the following criteria: presentation of complaints of fatigability which the general practitioner could not explain on the basis of the history and physical findings during the first encounter; no known pathology which could relate to fatigability or haemoglobin concentration; no presentation of fatigability complaints to the general practitioner in the preceding 12 months; haemoglobin determination indicated according to general practitioner.

In order to establish which diagnostic conclusion had been reached on the basis of the fatigability episode, the authors studied the patient record and specialistic data, if any, of each patient one year after the first fatigability encounter. All patients were then discussed with the general practitioner, and data on the patient record were supplemented if necessary. **Results.** During the study period, 174 patients entered the study. A complete follow-up record was collected on 161 of these patients via the files and oral information from the general practitioner. The patient records of five other (female) patients could not be found, but the general practitioner was aware of their condition after one year.

The 166 patients included 39 men and 127 women. The patients averaged 5.1 encounters with their general practitioner during the follow-up year (5,5 for women and 3,7 for men); an average of 1.3 encounter concerned the episode of fatigability. In 13 percent the fatigability complaint still played a role in encounters with the general practitioner after one year.

Table 1 shows that somatic diagnoses were established in 17 percent of the patients; a psychosocial problem was identified in 16 cases. Table 2 shows the

influence of age. In patients aged 50 and over, at least twice as many somatic diagnoses are made as in younger patients ($p < 0.05$, chi-square test). For psychosocial problems only men show a similar trend. Combinations were involved in only 5 percent of the cases, and in 70 percent of cases of fatigability no diagnostic conclusion was formulated.

We found no relevant correlation between the duration of complaints prior to the first encounter and the change of identifying a somatic or psychosocial problem. Nor was a correlation found between the reported severity of fatigability (rather tired, very tired, tired) and the risk of health problems.

Dividing the somatic diagnoses into infectious and non-infectious conditions, it is evident that the former occur mostly in the younger group (60 percent of the somatic diagnoses in this group); the older group shows a predominance of more chronic conditions (92 percent of the somatic diagnoses).

Various health problems came to the fore in the course of the year after the first encounter, apart from the episodes of fatigability. A somatic diagnosis was ultimately made in a total of 28 percent of the patients, while a psychosocial problem was identified in 25 percent. In 55 percent of the patients neither a somatic nor a psychosocial problem had been identified after one year.

Most of the diagnoses made later concerned minor ailments such as cystitis and skin lesions. Severe subsequent pathology not manifested in the context of the fatigability episode but probably related to it in retrospect, developed mostly in older women.

Discussion. In our study the percentage of patients in whom secondary efforts likewise failed to explain the fatigability was significantly larger than the percentages reported by Morrison⁵ and Katern-dahl;⁶ their studies, however, were retrospective.

Key words: Diagnosis; Family practice; Fatigue.

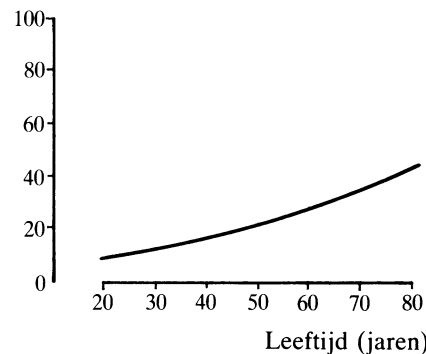
Address for correspondence: Dr. J. A. Knottnerus, Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Limburg, Postbus 616, 6200 MD Maastricht, The Netherlands.

De longarts, de internist en de cardioloog namen hiervan driekwart voor hun rekening. Zoals te verwachten werd in deze groep relatief vaak een somatische diagnose gesteld: bij 60 procent van de verwezen gevallen, versus 17 procent van de totale groep. Dit demonstreert dat specialisten bij patiënten met moeheidsklachten, ten gevolge van selectie, veel vaker somatische diagnoses aantreffen dan huisartsen.

Geslacht, duur van de moeheidsklachten en de gerapporteerde ernst van de klachten hadden geen invloed op de kans dat een somatische diagnose werd gesteld; wél bleek de leeftijd van invloed (figuur).

Figuur. Verband (multipel logistische regressie) tussen de leeftijd en de kans dat een somatische diagnose wordt gesteld in aansluiting op onverklaarde moeheid.

Kans op somatische diagnose n.a.v. moeheidsklachten (%)



Logistische functie:
- intercept - 3.04 SE: 0.16
- logistische regressiecoëfficiënt voor leeftijd 0.035 SE: 0.013

Andere gezondheidsproblemen

In de loop van het jaar na het eerste contact kwamen diverse gezondheidsproblemen naar voren, los van de moeheidsepisode. Van de vijf vrouwelijke patiënten van wie geen patiëntenkaart gevonden werd – zodat het precieze verband met de moeheidsepisode niet kon worden nagegaan – was bij de huisarts wel follow-up informatie over geconstateerde problemen bekend.

Onder de 166 patiënten bleek de groep met een op zichzelf staande somatische diagnose nog steeds de grootste. In totaal werd uiteindelijk bij 28 procent van de patiënten een somatische diagnose gesteld en kwam bij 25 procent een psychosociaal probleem naar voren. Bij 55 procent was ook na één jaar noch een somatische diagnose noch een psy-

Tabel 2 – Table 2. De patiënten bij wie, naar aanleiding van de moeheidsepisode, een diagnose of probleem is vastgesteld. Percentages – Patients in whom a diagnosis or problem was established on the basis of the episode of fatigability. Percentages.

Nature of the problem	Men		Women		Total	
	<50 yr n=26	≥50 yr n=13	<50 yr n=92	≥50 yr n=30	<50 yr n=118	≥50 yr n=43
Somatic	15	31	12	27	13	28
Psychosocial	12	38	14	13	14	21

chosociaal probleem vastgesteld.

De meeste van de later gestelde diagnoses betreffen intercurrente 'minor ailments', zoals blaasontsteking en huidafwijkingen. Ernstige pathologie, die niet in het kader van de moeheidsepisode naar voren was gekomen, deed zich vooral voor bij oudere vrouwen (tabel 3). Niet uit te sluiten is, dat deze pathologie toch in verband stond met de moeheids-episode.

Tabel 3. Ernstige pathologie die bij follow-up na één jaar werd gevonden, los van de initiële moeheidsklachten.

Mannen

- < 50 jaar
- geen.
- ≥ 50 jaar
- CVA bij diabetes.

Vrouwen

- < 50 jaar
- mammacarcinoom;
- hypertensie;
- IgA-deficiëntie.
- ≥ 50 jaar
- reumatoïde artritis;
- angina pectoris;
- nierinsufficiëntie;
- CARA;
- gemetastaseerd maagcarcinoom (bij obductie).

Beschouwing

Evenals Morrison⁵ en Katerndahl⁶ vonden wij dat de huisarts naar aanleiding van in eerste instantie (na anamnese en fysische diagnostiek) onverklaarde moeheidsklachten een grote variëteit aan somatische en niet-somatische problemen vaststelt. In onze patiënten-

groep werd echter veel minder vaak zo'n probleem gevonden. Bij 70 procent van de patiënten kwam voor de moeheidsepisode geen verklaring naar voren en bij 55 procent werd in de loop van een jaar follow-up geen diagnose of probleem vastgesteld. Somatische en niet-somatische problemen komen bij ongeveer evenveel personen voor, al dan niet in onderlinge combinaties.

Het percentage patiënten bij wie ook in tweede instantie geen verklaring werd gevonden, was in onze studie beduidend hoger dan bij Morrison en Katerndahl. Dat kan liggen aan verschillen tussen de patiëntenpopulaties, de diagnostische criteria, of tussen de dokters, maar ook aan de onderzoeksmethode of de definitie van onverklaarde moeheid. In onze studie werd op grond van vooraf vastgestelde criteria bepaald welke moeheidspatiënten in het onderzoek werden opgenomen en er was weinig uitval. In de andere onderzoeken bepaalde men achteraf, op grond van informatie op de patiëntenkaarten, bij wie sprake was geweest van onverklaarde moeheid. De volledigheid van de follow-up is moeilijk te beoordelen. Onze cijfers geven naar onze mening dan ook een betrouwbaarder beeld. Daarbij dient bedacht te worden dat onze studie patiënten betrof bij wie in eerste instantie een verklaring ontbrak, terwijl wél een hemoglobinebepaling geïndiceerd geacht werd.

Wat betreft de aard van de uiteindelijk gestelde somatische diagnoses, vormen infectieziekten de grootste subgroep, net als in beide Amerikaanse onderzoeken. Ook hart-vaataandoeningen leveren een substantiële bijdrage. IJztherapie werd in onze patiëntengroep betrekkelijk zelden voorgeschreven. Er werden twee maligniteiten gediagnosticeerd, waarvan één pas bij obductie.

De kans op het stellen van een somatische diagnose werd duidelijk beïnvloed door de leeftijd van de patiënt. Het geslacht speelde hierbij geen rol, evenmin als de gerapporteerde ernst van de klacht. Bij dit laatste gegeven is uiteraard een zekere subjectiviteit in het spel. Maar omdat op het moment van de beoordeling van de ernst de klacht nog onverklaard was, lijkt systematische vertekening ten aanzien van de kans op een somatische diagnose onwaarschijnlijk. Wat betreft de duur van de klacht konden wij niet de bevinding van anderen bevestigen, dat recent ontstane klachten vaker op een somatische diagnose wijzen en langer durende klachten meer in verband staan met psychische en psychosociale problemen.^{5,6}

Het is natuurlijk mogelijk dat een aantal diagnoses en problemen niet aan de arts worden voorgelegd of door hem niet worden herkend. Daarbij hoort ook de kanttekening te worden geplaatst, dat de patiënten ná het eerste consult niet aan gestandaardiseerde follow-up diagnostiek werden onderworpen op grond van uniforme criteria. Dit zou, gezien de grote variëteit van de mogelijke problemen, ook nauwelijks realiseerbaar zijn geweest. Wij achten het evenwel aannemelijk, dat in elk geval de ernstige, medisch relevante problematiek na verloop van een jaar wel bekend is geworden aan de huisarts.

De conclusie lijkt gewettigd dat moeheidsklachten waarvoor de huisarts in eerste instantie – via anamnese, fysische diagnostiek en hematologisch onderzoek – geen verklaring kan vinden, later meestal niet blijken te berusten op ernstige problematiek.

¹ Berris B, Rachlis A. Investigation of fatigue. *Can Fam Physician* 1977; 23: 465-6.

² Avonts D, Denekens J, Hendriks K, Neels H. De patiënt is moe. *Nieuw kompas voor de Huisarts* 1983; III/2: 1-9.

³ Solberg LI. Lassitude, a primary care evaluation. *JAMA* 1984; 251: 3272-6.

⁴ Knottnerus JA, Knipschild PG, Van Wersch J, Sijstermanns AHJ. Onverklaarde moeheid en hemoglobinegehalte, een onderzoek in de huisartsenpraktijk. *Ned Tijdschr Geneesk* 1986; 130: 402-5.

⁵ Morrison JD. Fatigue as presenting complaint in family practice. *J Fam Pract* 1980; 10: 795-801.

⁶ Katerndahl DA. Fatigue of uncertain etiology. *Fam Med Rev* 1983; 4: 26-38.