

R. A. DE MELKER

Proctologie van de huisarts II

Bij ernstige, levensbedreigende anorectale ziekten zijn voorinformatie, alertheid ten aanzien van alarmsignalen en een goede anamnese van meer belang dan ongericht laboratorium- en röntgenonderzoek. De voorspellende waarde van positieve testuitslagen zal relatief laag zijn, met dus een relatief grote kans op fout-positieve uitslagen. Een belangrijke diagnostische mogelijkheid is het nauwkeurig volgen van het beloop van de klachten. De huisarts zal het voorlopige karakter van de werkhypothese steeds voor ogen houden en alert blijven op 'cues' die tegen een hypothese pleiten.

Inleiding

Anorectale ziekten komen betrekkelijk veel voor; ze zijn verantwoordelijk voor 3 procent van de totale incidentie in de huisartspraktijk. Wat de huisarts registreert, is bovendien niet de afspiegeling van het morbiditeitspatroon in de bevolking, maar de resultante van een complex besluitvormingsproces van patiënt en omgeving. *Huygen et al.* stelden vast dat de circa 850 voor hun onderzoek ondervraagde personen gemiddeld 2 à 3 klachten hadden, en dat slechts 20 procent van de respondenten geen klachten had. Voor de meest voorkomende klachten – buikpijn, hoofdpijn, nervositas, abnormaal veel drinken (geen alcohol) – werd slechts in 8 procent van de gevallen medische hulp ingeroepen. Zelfs klachten als vermagering en bloedverlies leidden vaak niet tot het inroepen van medische hulp.¹ Ook uit de onderzoeken van *Van der Velden* en *Van de Lisdonk* blijkt dat veel klachten en aandoeningen voor de arts verborgen blijven.^{2,3}

Dit feit heeft belangrijke consequenties voor de hulpverlening door de huisarts. De eerste vraag die hij zich zal stellen, luidt: waarom komt deze patiënt met dergelijke klachten nu juist wél op

het spreekuur? Daarbij blijken 'bijkomende' redenen, zoals angst voor een ernstige ziekte, van doorslaggevend belang. Dat betekent dat verheldering van de hulpvraag, ingaan op het belevingsaspect en het geven van op de hulpvraag afgestemde informatie centraal staan. Uitgangspunt bij de hulpverlening bij gewone ziekten is het bevorderen van de zelfredzaamheid en het voorkomen van onnodige afhankelijkheid van professionele zorg.

Het beleid van de huisarts bij dergelijke anorectale aandoeningen is behandeld in het eerste artikel.⁴ In dit tweede artikel wordt aandacht besteed aan de vroege diagnostiek van min of meer ernstige aandoeningen, waarbij in het algemeen wél primair specialistische diagnostiek en/of behandeling is geïndiceerd.

Hoewel deze ziekten nog geen 10 procent van de totale incidentie van de proctologie van de huisarts uitmaken, vragen zij wel veel aandacht. Differentiatie in een zo vroeg mogelijk stadium is van belang voor de prognose van maligne en andere invaliderende of levensbedreigende ziekten, en brengt in veel gevallen belangrijke diagnostische problemen met zich mee. De werkwijze van de huisarts zal aangepast zijn aan de lage a priori kans op deze ziekten; dat betekent een sterke nadruk op voorinformatie (risicofactoren), klachtverheldering, anamnese en probleemdefiniëring.

Diagnostiek

Ten aanzien van de diagnostiek van ernstige, maar ook zeldzame ziekten, zoals M. Crohn, colitis ulcerosa en colon- en rectumcarcinoom, geldt dat de huisarts vaak niet de diagnose kan stellen, maar wel de prognose c.q. ernstgraad van de klacht kan beoordelen, bijvoorbeeld op grond van voorgeschiedenis (risicogroep), beloop van de klacht (progressief) en alarmsignalen (gewijzigd defecatiepatroon).⁵

De klinische werkwijze – systematisch routine-onderzoek – is in de huisartspraktijk inefficiënt en ineffectief.^{6,7}

Bij ongeselecteerde, ongedifferentieerde klachten is de a priori kans op ernstige ziekte zeer laag: bij M. Crohn 0,4, bij colon- en rectumcarcinoom 0,7 per 1000.^{8,9} Omdat de voorspellende waarde van een positieve testuitslag onder meer samenhangt met deze a priori kans, zal onderzoek een lage voorspellende waarde hebben: een positieve uitslag betekent een grote kans op een fout-positieve uitslag en een uiterst geringe kans op ziekte. Het rendement van nader onderzoek is dus laag.

De voorspellende waarde stijgt, indien op grond van risicofactoren en alarmsignalen voorselectie plaatsvindt.⁶ De clinicus haalt alleen een hoge voorspellende waarde c.q. een hoog rendement van zijn onderzoek, als de huisarts een patiëntenpopulatie heeft geselecteerd, waarin de a priori kans op ziekte relatief hoog is. In de huisartspraktijk, met zijn ongeselecteerde klachtenpatroon, kan het missen van een ernstige ziekte niet primair worden voorkomen door een overmaat aan onderzoek, maar veeleer door het afnemen van een goede anamnese, door goed naar de patiënt te luisteren, en door het beloop van de klachten nauwkeurig te volgen.

Uit onderzoek in Utrecht is gebleken, dat huisartsen aanzienlijk verschillen ten aanzien van de wijze waarop ze de gepresenteerde problemen omschrijven.¹⁰ Sommige huisartsen gebruiken diagnoses zoals 'functionele klacht', 'irritable bowel syndroom', anderen hanteren meer beschrijvende en voorlopige diagnoses, dat wil zeggen een probleemdefinitie waarin bepaalde werkhypothesen, de context van de klacht en de prognose worden vermeld. In het eerste geval bestaat het risico dat de huisarts toekomstige signalen ('cues') zal missen, in het tweede geval blijft hij alert, omdat hij bewust het beloop van de klacht volgt en openstaat voor eventuele 'cues'.

Diarree als symptoom

Het diagnostisch probleem van de huisarts wordt duidelijk, als we ons realiseren dat een klacht als diarree slechts in circa 1 procent van de gevallen op een ernstige ziekte berust. De incidentie van M. Crohn bedraagt 0,4, de incidentie van IBS 17,9, de incidentie van gastroenteritis 15,7-40 per 1000. Diarree is dus een symptoom met een lage voorspellende waarde en te weinig kenmerkend

Prof. dr. R. A. de Melker, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit te Utrecht.

Correspondentie-adres: Instituut voor Huisartseneeskunde, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht.

om te kunnen differentiëren tussen 'pluis' en 'niet pluis'.

Wat de huisarts nodig heeft, zijn kenmerken van ernstige ziekten, die een prognose mogelijk maken. Door het combineren van bepaalde kenmerken is selectie mogelijk. Daartoe moeten we weten, hoeveel gezonde en zieke mensen een bepaald kenmerk c.q. combinaties van kenmerken hebben.

Ten aanzien van M. Crohn en colon- en rectumcarcinoom zijn dat bijvoorbeeld: rectaal bloedverlies, perianale afwijkingen en een veranderd defecatiepatroon. Bij jongere patiënten zal eerder aan M. Crohn of colitis ulcerosa gedacht worden, bij ouderen eerder aan rectum/coloncarcinoom.

Meijman heeft in dit tijdschrift de diagnostiek van M. Crohn in de huisartspraktijk beschreven. Hieronder zijn een aantal min of meer kenmerkende verschijnselen van deze ziekte samengevat. Het is duidelijk, dat alleen de combinatie van een aantal verschijnselen bij

de huisarts de hypothese M. Crohn zal oproepen. Omdat de a priori kans op een ernstige ziekte laag is, en die op een functionele stoornis relatief hoog, zijn vooral die verschijnselen van belang, die tegen een functionele stoornis pleiten. Meijman vermeldt:

- eetlust/gewichtsverlies;
- (occult) rectaal bloedverlies;
- (sub)febriele temperatuur;
- perianale ontstekingen;
- weerstand in de buik.¹¹

Indien één of meer van deze verschijnselen voorkomen, zal de huisarts alert moeten zijn en zal nader onderzoek nodig zijn.

Uit de literatuur is bekend dat artsen negatieve informatie moeilijker verwerken dan positieve informatie: een verschijnsel dat tegen een hypothese pleit, wordt vaak ondergewaardeerd.¹⁰ Als de huisarts zich dit fenomeen bewust blijft zal hij:

- hypothesen formuleren, het voorlo-

pig karakter van die hypothesen voor ogen houden en dus alert blijven op cues die tegen een hypothese pleiten;

- het klachtenbeloop blijven volgen, bijvoorbeeld door controle van het gewicht.

Volgens Markowitz *et al.* zouden bij kinderen met M. Crohn in de helft van de gevallen perianale afwijkingen voorkomen.¹² Dit gegeven is echter ontleend aan een geselecteerde ziekenhuispopulatie, hetgeen tot voorzichtige conclusies voor de huisartspraktijk moet leiden. In 20 procent van de gevallen is M. Crohn niet van colitis ulcerosa te onderscheiden. Colitis ulcerosa zal de huisarts overwegen, wanneer het defecatiepatroon verandert. Belangrijke vroege symptomen zijn rectaal bloed- en slijmverlies, tenesmi en loze aandrang. Bij M. Crohn staan koorts, buikpijn en perianale laesies op de voorgrond, bij colitis ulcerosa rectaal bloedverlies; indien bij toenemende ontsteking diarree optreedt en de defecatiefrequentie toeneemt, zal eerder aan deze ziekte gedacht worden.

Bij rectaal onderzoek kan bloed en/of slijm aan de handschoen zitten. Meestal zijn er weinig afwijkingen te vinden. Soms wordt anemie gevonden. Eventueel kan de huisarts bij twijfelgevallen röntgenologisch onderzoek laten uitvoeren. Hieraan zijn wel een aantal voorwaarden verbonden, zoals deskundigheid van de röntgenoloog ten aanzien van deze ziekte, de mogelijkheid van consultatie van een maag-darmarts of internist en een goede communicatie.

Ten aanzien van rectum/coloncarcinoom zal de huisarts zijn diagnostiek vooral baseren op risicofactoren, alarmsignalen en algemene symptomen (*kader*). Deze algemene symptomen kunnen een 'niet pluis'-gevoel versterken.

Onderzoek zal meestal weinig informatie voor het verdere beleid opleveren. In veel gevallen zal de huisarts moeten differentiëren tussen de relatief hoge kans op een functionele stoornis en een relatief kleine kans op ernstige ziekte (*tabel*).

Röntgenologisch onderzoek is zinvol bij verdenking op carcinomen, zeker bij bloedverlies, anemie en veranderd defecatiepatroon.¹³ Endoscopie is nodig bij verdenking op coloncarcinomen en normaal röntgenbeeld, en bij onverklaard anaal bloedverlies.¹⁴

Differentieel-diagnostisch is (peri)di-

Min of meer kenmerkende verschijnselen bij M. Crohn

Anamnese

- intermitterende diarree;
- kramperige buikpijn;
- gewichtsverlies;
- koorts;
- helder rood bloedverlies faeces;
- anorectale klachten.

Onderzoek

- zwelling buik, perianale afwijkingen.

Laboratorium

- BSE verhoogd, leukocytose;
- anemie.

Röntgenonderzoek

- foto colon;
- foto maagdarmpassage (laatste ileumis).

Endoscopie

- typisch slijmvliesbeeld.

Complicaties

- iritis;
- spondylitis;
- sacro-ileitis.

Differentiële diagnose

- colitis ulcerosa;
- irritable bowel syndroom.

Bron: Meijman.¹¹

Voorspellende factoren ten aanzien van colon- of rectumcarcinoom

Risicogroepen

- leeftijd > 45 jaar;
- M. Crohn, colitis ulcerosa;
- familiale polyposis;
- colon- of rectumcarcinoom in familie (of doorgemaakt);
- solitaire poliepen.

Klachten

- bloed/slijm bij faeces;
- wisseling defecatiepatroon;
- krampen, loze drang.

Onderzoek

- palpabele tumor.

Algemene symptomen

- anorexie;
- gewichtsverlies;
- subfebriele temperatuur;
- anemie.

Tabel. Differentiatie tussen „organische” afwijkingen en „functionele” stoornissen.

	Organisch	Functioneel
Presentatie	Scherp gelokaliseerd	Groot aantal klachten, niet scherp omschreven, discrepantie presentatie klacht – gedrag
Algemene klacht	Anamnese, gewichtsverlies, subfebriële temperatuur	Moe, hoofdpijn, duizeligheid, onlustgevoelens, nerveus, slaapstoornissen
Symptoomverschuiving	Neen	Ja
Predispositie	Risicofactoren	Gezinsfactoren, klaaggedrag
Stress	–	Samenhang klacht-leefsituatie
Verloop	Progressief	Wisselend
Alarmsignalen	Bloedverlies per anum, veranderd defecatiepatroon, gewichtsverlies	Geen
Onderzoek	Palpabele weerstand, perianale afwijkingen	Geen bijzonderheden

verticulitis van belang. Diverticulitis is een complicatie van diverticulose, waarbij micro- of macro-perforaties van het divertikel zijn ontstaan. Klinische verschijnselen zijn afhankelijk van de uitgebreidheid van het ontstekingsproces. Deze betreffen onder meer: pijn, peritoneale prikkeling, koorts, sepsis, ileus en passagebelemmering in het colon. Er kan leukocytose en hematurie bestaan. Bij het bestaan van een strictuur (röntgenologisch of endoscopisch) is differentiatie van coloncarcinoom een eerste vereiste. Coloscopie met biopsie is dan geïndiceerd.

Verwijscriteria

Bij verdenking op M. Crohn, colitis ulcerosa of colon/rectumcarcinoom heeft de huisarts verschillende mogelijkheden voor nader onderzoek:

- röntgenologisch onderzoek op eigen initiatief;
- endoscopie op eigen initiatief (niet overall);
- consultatie in een diagnostisch centrum, waarbij de consulent röntgenfoto's ook zelf kan beoordelen;
- verwijzing voor eenmalig onderzoek;
- verwijzing voor overname behandeling, al dan niet met ziekenhuisopname.

Bij deze mogelijkheden geeft de huisarts in toenemende mate het beleid uit handen. Verschillende factoren bepalen in welke mate hij dit wel of niet zal doen:

- de schatting van het risico op het bestaan van een ernstige ziekte;
- de eigen deskundigheid vergeleken met de deskundigheid van de specialist;
- de wens, persoon en omstandigheden van de patiënt.

Enerzijds moeten doublures worden voorkomen en moet de kans op het missen van een ernstige ziekte zo klein mogelijk worden gehouden; anderzijds moeten onnodig onderzoek en ongerustheid worden voorkomen. De huisarts doet er daarom goed aan rekening te houden met deze verschillende risico's. Daarbij dient vooral te worden gewaarschuwd voor 'schijnzekerheid'. Zo sluit een negatieve colonfoto een rectumcarcinoom niet uit.

In de huisartspraktijk is curatieve zorg vaak verweven met preventieve zorg.

Bevolkingsonderzoek in de huisartspraktijk blijkt niet altijd voldoende rendement te hebben. *De Wolf* meent dat het opsporen van colon- en rectumcarcinoom door middel van de Haemoculttest in een open bevolking te weinig rendement heeft. Hij bepleit een meer gerichte, anticiperende benadering.¹⁵ *Handcastle* meent op grond van een *controlled clinical trial* in negen huisartspraktijken dat de vroege detectie van colon- en rectumcarcinoom door middel van de Haemoculttest en bevolkingsonderzoek wél zinvol is.¹⁶

Wellicht is *case-finding* gericht op risicogroepen – anticiperende geneeskun-

de – een goed alternatief. Voor het uitvoeren van anticiperende geneeskunde ten aanzien van colon- en rectumcarcinoom pleit het feit dat thans bij de helft van de mensen bij wie colon- of rectumcarcinoom wordt ontdekt, reeds metastasen aanwezig zijn. Anticiperende geneeskunde heeft bepaalde voordelen boven bevolkingsonderzoek, zoals op de persoon gerichte informatie, waardoor onnodige angst mogelijk voorkomen kan worden, geringe kosten, eenvoudige administratie, enz.

- ¹ Huygen FJA, Van den Hoogen H, Neefs WJ. Gezondheid en ziekte, een onderzoek van gezinnen. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 1612-9.
- ² Van der Velden HGM. Huisvrouw, huisarts, huisgezin [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1971.
- ³ Van de Lisdonk EH. Ervaren en aangeboden morbiditeit in de huisartspraktijk [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1985.
- ⁴ De Melker RA. Proctologie I. Huisarts Wet 1986; 29: 382-7, 391.
- ⁵ Van der Velden HGM. Diagnose of prognose. De betekenis van de epidemiologie voor het handelen van de huisarts. Huisarts Wet 1983; 26: 125-8.
- ⁶ De Melker RA. Diagnostische faciliteiten door de huisarts: wie wordt er beter van? Huisarts Wet 1983; 26: 184-8.
- ⁷ Everwijn S, De Melker RA. De werkwijze van huisarts en specialist. Huisarts Wet 1985; 28: 302-6.
- ⁸ Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.
- ⁹ Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, Straat JM, Van der Velden HGM. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1985.
- ¹⁰ Kuyvenhoven MM, Spreeuwenberg C. Huisarts en diagnostisch proces. *Metamedica* 1984; 63: 18-32.
- ¹¹ Meijman F. De ziekte van Crohn. Huisarts Wet 1984; 27: 171-6.
- ¹² Markowitz J, et al. Perianal disease in children and adolescents with Crohn's disease. *Gastroenterology* 1984; 86: 829-33.
- ¹³ Weterman IDT. Ziekte van Crohn en olitus ulcerosa. Huisarts Wet 1978; 21(suppl H&P 2): 36-7.
- ¹⁴ Frank ECJ. Colon- en rectumcarcinoom in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1983; 26: 254-8.
- ¹⁵ De Wolf AN. Een bevolkingsonderzoek naar colon- en rectumcarcinoom met behulp van de haemoculttest [Dissertatie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1982.
- ¹⁶ Handcastle ID. Screening for colon rectal cancer update 1982; 24: 1839-46.