

R. A. DE MELKER

Het onderzoek naar de schildklierfunctie in de huisartspraktijk

Schildklierfunctie-onderzoek in de huisartspraktijk is alleen zinvol, indien op grond van voorinformatie, anamnese en lichamelijk onderzoek verdenking op hyper- of hypothyreoïdie bestaat. Bruikbare klinische gegevens zullen relatief vaak bij functiestoornissen moeten voorkomen c.q. relatief zeldzaam zijn bij normale individuen, willen ze van diagnostische waarde zijn. Veelal is vooral een combinatie van verschijnselen van belang bij de differentiële diagnostiek. Bij het aanvragen van laboratoriumonderzoek kan de huisarts zich vaak beperken tot het aanvragen van de T4, indien met het laboratorium afspraken zijn gemaakt over de verdere procedure bij afwijkende uitslagen. Zo niet, dan zal naast de T4 de FT4-index c.q. T3U aangevraagd worden. Het aanvragen van verschillende bepalingen is in de huisartspraktijk meestal niet zinvol. In de toekomst zal mogelijk de zeer sensitieve TSH-IRMA-bepaling door de huisarts kunnen worden aangevraagd.

Inleiding

Naar schatting overwegen huisartsen minstens twaalf maal per jaar een stoornis van de schildklierfunctie.¹ Jaarlijks ziet een huisarts echter gemiddeld maar twee à drie nieuwe patiënten met een hyper- of hypofunctie van de schildklier.² Deze discrepantie is een gevolg van het feit dat het klinische beeld, zeker bij bejaarden, vaak weinig kenmerkend is.

Bij schildklieronderzoek zal de huisarts ernaar streven zo gericht mogelijk laboratoriumonderzoek aan te vragen. Het probleem is echter welke criteria hij daarbij moet hanteren, en welke bepalingen in de huisartspraktijk zinvol zijn. Het is voor de huisarts niet eenvoudig om de juiste keuze uit de vele mogelijkheden te maken.

In dit artikel zal worden ingegaan op de volgende vragen:

- Op welke indicaties is het aanvragen

Prof. dr. R.A. de Melker, hoogleraar huisartsgeneeskunde, Instituut voor Huisartseneeskunde, Rijksuniversiteit Utrecht, Bijlhouwerstraat 6, 3511 ZC Utrecht.

van schildklierfunctie-bepalingen voor de huisarts zinvol?

- Welke bepalingen zijn in eerste instantie zinvol om hyper/hypothyreoïdie zo nauwkeurig mogelijk op te sporen?

Laboratoriumonderzoek in de huisartspraktijk

De voorspellende waarde van een positieve uitslag van een (laboratorium)bepaling is onder meer afhankelijk van de a priori kans op de betreffende ziekte. Doordat de incidentie van hypo/hyperthyreoïdie in de huisartspraktijk laag is, is ook de voorspellende waarde van een positieve uitslag relatief laag. Zou de huisarts ongericht schildklierfunctie-bepalingen uitvoeren, dan zou de kans op fout-positieve uitslagen relatief groot zijn.⁴

De consequentie hiervan is, dat de huisarts allereerst door middel van een nauwkeurige analyse van de klinische gegevens (voorinformatie, anamnese, lichamelijk onderzoek) een schatting moet maken van de kans op het bestaan

van een schildklierfunctiestoornis. Naarmate deze a priori kans hoger is, stijgt het aantal terecht-positieven en daalt het aantal fout-positieven in de uitgangspopulatie, en wordt het aanvragen van nader onderzoek zinvoller.

Om te beginnen komen zowel hyperals hypothyreoïdie vaker voor bij vrouwen dan bij mannen (tabellen 1 en 2). De hoogste incidentie van hyperthyreoïdie valt in de leeftijdscategorie 40-49 jaar, en van hypothyreoïdie bij ouderen.^{5, 6}

Verder moet men zich realiseren dat sommige klinische gegevens relatief weinig diagnostische kracht hebben, andere daarentegen relatief veel. Hoe zeldzamer een symptoom bij mensen zonder schildklierafwijkingen, des te groter de diagnostische kracht. De kans op hyperthyreoïdie bij vrouwen van 15-44 jaar die nerveus zijn, is 4,5 maal zo groot als bij vrouwen die niet nerveus zijn. Het verschijnsel nervositeit heeft echter weinig discriminerend vermogen. Indien echter exophthalmus wordt waargenomen, is de kans op hyperthyreoïdie 250 maal zo groot als bij vrouwen die dit verschijnsel niet hebben (kader).

De huisarts zal dus vooral veel waarde hechten aan symptomen die én een hoog discriminerend vermogen hebben én bij de ziekte ook vaak voorkomen.

De kans op een schildklierfunctiestoornis bij de symptomen nervositas en exophthalmus

Stel de incidentie van hyperthyreoïdie bij vrouwen van 15-44 jaar op 2,8/1000. De a priori kans op hyperthyreoïdie voor een patiënt uit deze groep is dan:
 $P(T) = 0,0028$.

Nervositas

Stel dat 91 procent van alle vrouwen met hyperthyreoïdie klaagt over nervositeit. Dan geldt:
 $P(N/T) = 0,91$.

Stel dat 20 procent van alle vrouwen die de arts consulteren, klaagt over nervositeit. Dan geldt:
 $P(N) = 0,2$.

De kans op hyperthyreoïdie bij iemand die klaagt over nervositeit, is nu:

$$P(T/N) = \frac{0,0028 \times 0,91}{0,2} = 0,0127$$

Vergelijken we deze a posteriori kans met de a priori kans, dan is de kans op een

schildklierfunctiestoornis gestegen van 1/357 tot 1/80; met andere woorden: die kans is 4,5 maal zo groot geworden.

Exophthalmus

Stel dat 76 procent van de vrouwen van 15-44 jaar met hyperthyreoïdie exophthalmus heeft:

$$P(E/T) = 0,76$$

Stel verder dat 0,3 procent van alle vrouwen op deze leeftijd exophthalmus heeft:

$$P(E) = 0,003$$

De kans op hyperthyreoïdie bij iemand die exophthalmus heeft, is dan:

$$P(E/T) = \frac{0,0028 \times 0,76}{0,003} = 0,71$$

Vergelijken we deze uitkomst met de a priori kans $P(T) = 0,0028$, dan blijkt de kans nu toegenomen met een factor 250.

Klinische gegevens

Hyperthyreoïdie

In tabel 3 worden enkele symptomen en onderzoeksgegevens vermeld die kunnen optreden bij hyperthyreoïdie.

In het Diagnostisch Centrum in Maastricht wordt de aanwezigheid van één kenmerkend of twee minder kenmerkende gegevens beschouwd als criterium voor 'voldoende' typische gegevens. Hierbij dient opgemerkt te wor-

den dat de diagnostische kracht van de meeste symptomen relatief gering is, doordat ze frequent voorkomen. Bij de aanwezigheid van twee weinig kenmerkende symptomen is de kans op ziekte wel wat groter dan de a priori kans, maar de kans op afwezigheid van ziekte blijft relatief groot. Enkele verschijnselen, zoals een *souffle* boven de schildklier en oogverschijnselen, hebben een relatief grote diagnostische waarde.

Vooraf bij bejaarden kan hyperthyre-

oïdie met relatief weinig (kenmerken- de) symptomen gepaard gaan, zoals moeheid, algemene malaise en gedragsverandering. Het gevaar dat de ziekte wordt gemist, is relatief groot (*casus*). De a priori kans is bij oudere vrouwen relatief het hoogst. Dit betekent dat de huisarts bij ouderen eerder tot laboratoriumonderzoek naar de schildklierfunctie zal overgaan.

Tabel 4 geeft een aantal klinische gegevens uit een onderzoek bij patiënten met en zonder hyperthyreoïdie; het gaat om een populatie uit de afdeling endocrinologie van een academisch ziekenhuis; selectiebias is dus mogelijk. Uit de tabel blijkt dat hyperthyreoïdie bij ouderen vaker gepaard gaat met vermagering, eetlustvermindering, cardiale klachten en atriumfibrilleren dan bij jongeren; anderzijds komen toename van de eetlust, hyperdefecatie, overmatig transpireren en oogklachten/afwijkingen juist minder vaak voor bij ouderen. Eetlustverandering is dus een moeilijk te interpreteren symptoom, waarbij de factor leeftijd erg belangrijk is.

Wat betreft de ernstige symptomen staan bij ouderen de cardiale klachten centraal, terwijl de klassieke symptomen – nervositas, transpireren, warmte-intolerantie, vermagering – niet in belangrijke mate voorkomen.

Uit tabel 5 blijkt dat nervositas ook bij gezonden frequent voorkomt. Vermagering komt bij ongeveer 30 procent van de gezonden voor, eetlustvermindering bij 30 procent van de gezonde vrouwen.

Uit deze gegevens volgen een aantal praktische richtlijnen voor het interpreteren van klinische gegevens.

- De huisarts zal onderscheid maken naar de diagnostische kracht van de klinische gegevens, door zich af te vragen in hoeverre de bevindingen bij een bepaalde patiënt wel of niet vaak bij normalen voorkomen.

- De huisarts zal bij ouderen aan andere symptomen meer diagnostische betekenis toekennen dan bij jongeren. Ook het geslacht speelt daarbij een rol.

- Op grond van de klinische gegevens zal de huisarts de a priori kans inschatten als relatief laag of relatief hoog. Dit laatste heeft consequenties voor het beleid bij het aanvragen van onderzoek:
 - laag risico: beperken tot screening;
 - hoog risico: eventueel onderzoek bij negatieve uitslag uitbreiden.

Tabel 1. De incidentie van hyper- en hypothyreoïdie per 1000 patiënten per jaar volgens de Nijmeegse Continue Morbiditeits Registratie.

Geslacht	Leeftijd in jaren								totaal
	0-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-64	65-75	75	
<i>Hyperthyreoïdie</i>									
Mannen	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.0	0.6	0.0	0.1
Vrouwen	0.0	0.2	1.3	2.1	2.2	1.4	0.9	0.6	0.9
Totaal	0.0	0.1	0.6	1.2	2.1	0.7	0.8	0.4	0.5
<i>Hypothyreoïdie</i>									
Mannen	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0
Vrouwen	0.0	0.0	0.3	0.0	0.3	0.0	0.9	1.3	0.2
Totaal	0.0	0.0	0.1	0.0	0.2	0.0	0.8	0.8	0.1

Bron: Van den Hoogen e.a.²

Tabel 2. De incidentie van hyper- en hypothyreoïdie per 1000 patiënten per jaar volgens het Monitoringproject.

	Leeftijd in jaren					totaal
	0-14	15-24	25-44	45-64	65+	
Hyperthyreoïdie	0	0.2	0.4	0.9	2.0	0.6
Hypothyreoïdie	0	0	0.1	0.5	1.2	0.4

Bron: Lamberts.³

Tabel 3. Klinische verschijnselen die bij hyperthyreoïdie bij meer dan 50 procent van de patiënten voorkomen.

Klachten	Percentages	Onderzoeksbevindingen	Percentages
Nervositas	99	Tachycardie	100
Overmatig transpireren	91	Struma	97
Warmte-intolerantie	89	Warme, klamme huid	97
Hartkloppingen	89	Fijne tremor	97
Moeheid	88	Souffle boven schildklier	77
Gewichtsverlies	85	Oogverschijnselen	71
Dyspneu	75		
Spierzwakte	70		
Toegenomen eetlust	65		
Oogklachten	54		

Bron: Williams.⁸

Hypothyreoïdie

Tot de vroege verschijnselen van hypothyreoïdie behoren:

S – vermoeidheid, koude-intolerantie, lethargie, droge huid, menorrhagie;
O – brokkelige nagels, dunner haar, velle huidskleur, verlaagde relaxatie van peesreflexen;

Tot de late verschijnselen behoren:

S – langzame spraak, gewichtstoename, obstipatie, heesheid, spierpijn, verminderde smaak- en reukzin;
O – pafferig gezicht, oogleden, gelige huidskleur, dikke tong, pitting oedeem, langzame pols, exsudaten in pleura- en pericardiale holten en gewrichten.

Uit tabel 6 blijkt dat de meeste verschijnselen zeer wisselend voorkomen. Sommige verschijnselen, zoals moeheid en bleekheid, komen algemeen voor en zijn weinig kenmerkend. De combinatie van kenmerken zoals koude-intolerantie, droge huid, pafferig gezicht, haaruitval en dergelijke zullen de verdenking op hypothyreoïdie sterk doen toenemen. Vertraagde relaxatie van peesreflexen is kenmerkend voor hypothyreoïdie.

Evenals hyperthyreoïdie moet hypothyreoïdie bij oudere vrouwen eerder overwogen worden. Niet alleen komt dit relatief vaker voor, maar bij ouderen en bejaarden zijn de symptomen vaak weinig kenmerkend. Dit heeft als consequentie dat eerder laboratoriumonderzoek uitgevoerd zal worden.

Regulatie van de schildklierfunctie

In figuur 1 is de regulatie van de schildklierfunctie schematisch weergegeven. Schildklierhormoon is in de circulatie aanwezig als trijodo thyronine (T3) en tetrajodothyronine (T4). Deze zijn grotendeels aan TBG (Thyroxinbinding globulin) gebonden.⁷

De totale concentratie T4 overtreft die van T3 vele malen. T4 wordt door de schildklier, T3 ook wel door schildklier maar grotendeels door decodering van T4 in de periferie gevormd. De vrije fractie in de circulatie is relevant, doordat de fysiologische activiteit hierop berust.⁷

Vanuit de hypothalamus wordt door TRH (= TSH releasing hormoon) de productie van TSH uit hypofyse gestimuleerd. De schildklierhormoonproductie wordt door TSH gestimuleerd. Er bestaat een feed-back-mechanisme,

waarbij schildklierhormonen de TSH-productie remmen door de vrijmaking van TRH te remmen. Door dit mechanisme is de concentratie van vrije T4 en T3 constant onder normale omstandig-

heden.

Er bestaat een intrinsiek en extrinsiek mechanisme, waardoor de schildklier zich aanpast aan het aanbod van jodium.

Tabel 4. Klinische verschijnselen bij hyperthyreoïdie per leeftijdscategorie. Percentages.

	Leeftijd in jaren			
	<60	60+	<60	60+
<i>Klachten</i>			<i>Ernstige klachten^a</i>	
Nervositas	90	85	68	44
Vermagering	74	83	77	49
Eetlusttoename	50	16	0	0
Eetlustafname	12	39	0	0
Cardiale klachten	53	80	45	68
Hyperdefecatie	30	12	2	7
Transpireren	78	66	51	32
Warmte-intolerantie	73	67	53	19
Oogklachten	25	4	62	50
Tremor	70	67	35	24
Moeheid	43	36	18	21
<i>Bevindingen bij onderzoek^b</i>				
Atriumfibrilleren	15	50		
Huidverschijnselen	80	73		
Spierzwakte	10	6		
Oogafwijkingen	31	5		
Tremor	71	60		

^a Naar het oordeel van de arts. ^b Exclusief struma.

Bron: Helsloot.⁵

Tabel 5. Klinische verschijnselen bij mannen en vrouwen onder de 60 jaar met (+) en zonder (-) hyperthyreoïdie. Percentages.

	Mannen		Vrouwen	
	+	-	+	-
<i>Klachten</i>				
Nervositas	81	17	86	50
Vermagering	74	24	86	33
Eetlustafname	40	14	37	31
Cardiale klachten	64	20	86	33
Hyperdefecatie	11	0	12	0
Transpireren	63	14	66	16
Warmte-intolerantie	63	4	68	12
Oogklachten	4	0	4	0
Tremor	59	11	70	9
Moeheid	28	0	39	0
<i>Bevindingen bij onderzoek</i>				
Atriumfibrilleren	52	7	50	3
Huidverschijnselen	72	11	69	7
Spierzwakte	0	0	11	0
Oogafwijkingen	11	0	3	0
Tremor	67	8	73	12

^a Exclusief struma.

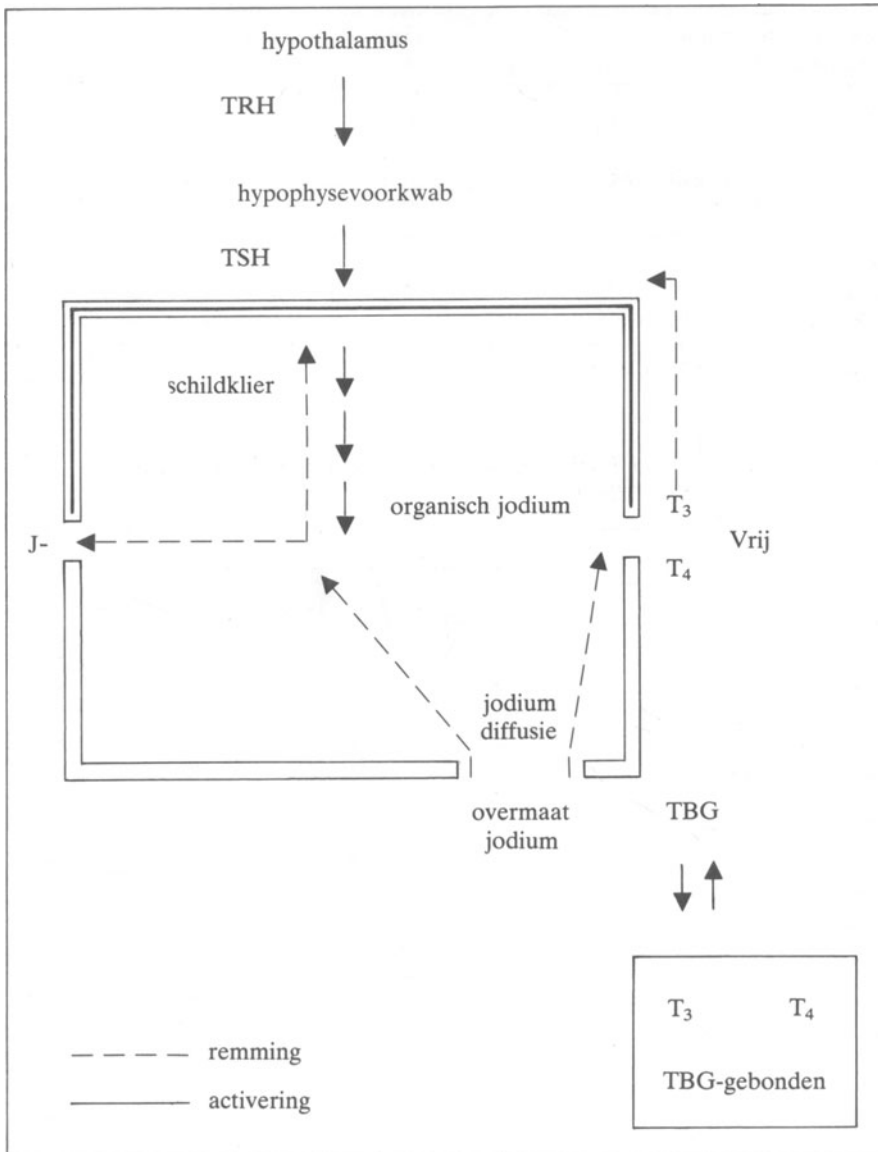
Bron: Helsloot.⁵

Tabel 6. Klinische gegevens bij hypothyreoïdie (ziekenhuispopulatie). Percentages.

Koude-intolerantie	89	Geheugenverlies	48 - 66
Droge, ruwe huid	62 - 97	Heesheid	48 - 74
Pafferige handen, gezicht	40 - 90	Gewichtstoename	48 - 76
Bleekheid	58 - 67	Obstipatie	38 - 61
Dunner worden, droog worden, uitval haren	32 - 57	Menstruatiestoornissen	16 - 58
Slaperig, moe	25 - 98	Vertraagde relaxatie reflexen	46
Lethargie	25 - 95	Hypertensie	18
Nerveus	13 - 58	Bradycardie	8 - 14
Langzaam spreken	48 - 91		

Bron: Utiger.⁸

Figuur 1. Schema regulatie schildklierfunctie.



Bron: Helstoot.⁷

Schildklierfunctie-onderzoek

De belangrijkste schildklierhormoonbepalingen zijn:

- T₄ (totaal) ofwel door competitieve eiwitbinding, ofwel radio-immuno-assay. De test wordt beïnvloed door wijziging van de thyroxinebinding. De T₄ is verhoogd bij orale anticonceptiva, en verlaagd bij nefrotisch syndroom en bepaalde medicamenten (difantoïne, hoge doses salicylaten, testosteron).

- Free-thyroxinebepaling: moeilijk uitvoerbaar, niet altijd beschikbaar.

- Harsopname radioactief T₃. Dit is een indirecte meting van thyroxinebindend eiwit, van belang bij zwangerschap, als T₄ hoog is als gevolg van verhoogde thyroxinebinding, terwijl T₃ harsopname laag is.

- Free-thyroxine-index. Dit is het produkt van T₄ en T₃-harsopname, van belang voor correctie thyroxinebinding.

- T₃ (radio-immuno-assay). Van belang bij hyperthyreoïdie met normale T₄-waarde (T₃-thyreotoxose).

- TSH radio-immuno-assay, reactie op TRH, normale waarde TSH sluit hypothyreoïdie uit.

- Thyroxinebindend globuline (TBG-RIA). Deze directe, specifieke test is van belang voor abnormale thyroxinebinding en wordt niet door veranderingen van serumeiwit beïnvloed.

Overige tests zijn:

- Serum cholesterol. Deze test is specifiek, omdat diverse factoren het cholesterolgehalte bepalen. Daarom is vooral de verandering na het instellen van een behandeling van belang. Bij hyperthyreoïdie is het cholesterolgehalte in sommige gevallen laag, bij hypothyreoïdie is het relatief hoog.

- Reflexogram van de achillespees. Indien de relaxatietijd verlengd is, kan er sprake zijn van hypothyreoïdie, graviditeit.

Afkortingen

TSH = schildklier stimulerend hormoon

TRH = TSH-releasing hormoon

T₃ = trijodothyronine

T₃U = trijodothyronine (hars)opname

T₄ = thyroxine

FT₄ = vrije thyroxine

FT₄ index = vrije-thyroxine index

TBG-RIA = thyroxine-bindend globuline - radio immuno assay

teit of diabetes mellitus. Een snelle relaxatie van de reflex wijst op hyperthyreoïdie.

- Serologie. Bij een aantal schildklierziekten, zoals thyreoïditis van Hashimoto, schildkliercarcinoom en ziekte van Graves, en soms bij gezonden worden schildklierspecifieke auto-antilichamen gevonden.
- Echoscans. Deze is van belang voor de differentiële diagnose van de aard van schildkliernoduli: solide of cysteus. De laatste zijn zelden maligne.

Tests voor de huisarts

In de literatuur worden zeer uiteenlopende adviezen betreffende schildklierbepalingen gegeven.^{6-10,13} Voor de huisarts gaat het allereerst om een bepaling die de gegeneerde hypothese kan verifiëren. Ook na voorselectie zal de kans op het vinden van afwijkingen relatief laag zijn, vergeleken met een ziekenhuispopulatie. De huisarts heeft vooral behoefte aan een screeningstest. Uitgebreide laboratoriumdiagnostiek, waarbij met allerlei bijzondere situaties rekening wordt gehouden, is niet zinvol in de huisartspraktijk, zeker niet in eerste instantie.

De beste test voor de huisarts is de bepaling van T4; hiermee zal het merendeel van de gevallen aangetoond kunnen worden. Omdat deze test wordt beïnvloed door gewijzigde thyroxinebinding, is een correctie nodig, zeker bij abnormale waarde. Dit kan gebeuren door T3U waarmee de FT4-index berekend kan worden ($T3U \times T4$). Er zijn dan twee mogelijkheden:

- De afwijkende T4-waarde berust op een verandering in de bindingscapaciteit van de serumeiwitten voor schildklierhormoon; verder onderzoek is dan nodig.
- De afwijkende T4-waarde berust niet op de veranderde bindingscapaciteit. In dit geval kan het onderzoek worden voortgezet: – TSH bij verlaagde FT4-index om te bepalen of sprake is van hypothyreoïdie; – T3 bij verhoogde FT4-index om te bepalen of er sprake is van hyperthyreoïdie (figuur 2).

Indien goede afspraken met het laboratorium zijn gemaakt, kan men volstaan met een aanvraag voor T4. Bij afwijkende uitkomsten bepaalt het laboratorium automatisch T3U, berekend de FT4-

index en bepaald eventueel TSH of T3. Het is onnodig kostenverhogend om in eerste instantie meer dan de T4 aan te vragen. Ontbreken deze afspraken, dan zal T4 en T3U c.q. FT4-index worden aangevraagd. De vraag of de huisarts met T4 en T3U kan volstaan, is afhankelijk van de gewenste diagnostische nauwkeurigheid. Hoewel de TSH-IRMA-bepaling het meest sensitief is, kan deze bepaling in de meeste laboratoria (nog) niet door de huisarts worden aangevraagd. In de toekomst zal deze bepaling echter wellicht de voorkeur hebben.

Verlaagde FT4 kan voorkomen bij gezonden, 'sick-euthyroid-syndroom' en secundaire hypofysaire hypothyreoïdie (zeldzaam). Bij 'sick-euthyroid' patiënten bestaan ziekteprocessen die geen enkel verband met de schildklier hebben, bijvoorbeeld traumata of operaties. Bij 'stress' treden ingrijpende veranderingen op van het perifere schildklierhormoonmetabolisme, met name remming van de conversie van T4 in T3. Bij acute ziekten is plasma T3 bij ongeveer tweederde van de gevallen verlaagd, plasma T4 bij éénderde van de gevallen.¹⁰

Bij verhoogde FT4 met normale T3-waarden kan er sprake zijn van geremde

conversie van T4 in T3 door ziekten of medicatie.

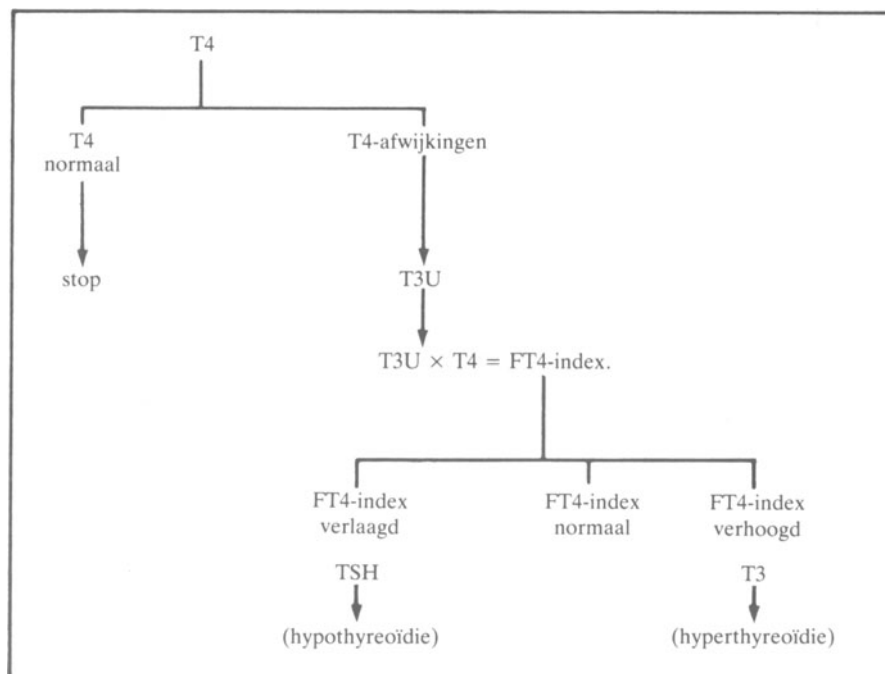
Verhoogde FT4-index en verhoogd T3 wijst op hyperthyreoïdie. Bij matig verhoogde T3 kan er sprake zijn van euthyreoïdie (pilgebruik).

Tenslotte kan men bij normale FT4 nadere diagnostiek nodig vinden, indien de klinische aanwijzingen op thyrotoxicose sterk zijn. In dat geval is het aanvragen van een T3-bepaling zinvol.

Met het toenemen van de leeftijd treedt in de schildklier atrofie en fibrose op, terwijl het gewicht afneemt. Er ontstaan noduli.⁵ Ook kan het T4-gehalte enigszins veranderen, maar dit berust op veranderingen van de binding van thyroxine aan het circulerende globuline en heeft dus geen betekenis voor de functie-bepaling. Soms gaat de werking van de schildklier bij bejaarden achteruit en produceert deze een grotere hoeveelheid actief metabool hormoon T3. De TSH-spiegel is in de meerderheid van de gevallen normaal. In het algemeen gelden voor bejaarden dezelfde referentiewaarden als voor jongeren.^{5,7}

Uit het bovenstaande volgt dat vooral bij intercurrente ziekten fout-positieve uitslagen mogelijk zijn (zie 'sick euthy-

Figuur 2. Schema schildklierfunctie-bepaling.



Bron: Wiersinga e.a.¹⁰

reoid' patiënten). De specifieke verlaging van T4-T3-concentratie in plasma bij ziekte verlaagt de voorspellende waarde sterk. Dit vormt een van de argumenten om geen T3-bepaling te doen bij de vraagstelling hypothyreoïdie.

Ook fout-negatieve uitslagen zijn mogelijk. Indien bij hyperthyreoïdie tevens een intercurrente ziekte voorkomt, kan hierdoor het T3-gehalte in plasma tijdelijk dalen. Zou men alleen op T3 afgaan, dan wordt de diagnose hyperthyreoïdie gemist. Ook bij medicamenten zoals

propranolol en amiodaron, waarbij de omzetting van T4 in T3 wordt geremd, kunnen fout-negatieve T3-bepalingen voorkomen. Bij het interpreteren van uitslagen van schildklierfunctie-bepalingen zal de huisarts rekening houden met intercurrente ziekten en geneesmiddelen.

Tenslotte geldt de regel dat klinische gegevens altijd prevaleren boven eenmalige laboratoriumbepalingen. Bij twijfel kan onderzoek herhaald of uitgebreid worden. Soms zal verwijzing een goed alternatief vormen. Fout-positieve

en negatieve uitslagen worden vooral voorkomen door gerichte aanvragen en een strakke hantering van bovengenoemde richtlijnen.

Wat doet de huisarts bij abnormale schildklierfunctie?

Het antwoord op de vraag of de huisarts zelf een patiënt met hyper/hypothyreoïdie zal behandelen, is afhankelijk van ervaring, deskundigheid, praktijkamenstelling, alsmede patiëntgebonden factoren (bijvoorbeeld leeftijd). Omdat deze ziekten relatief zeldzaam zijn, zal de huisarts meestal weinig ervaring hebben. Een goede oplossing is een eenmalig consult of consultatie met een verzoek om een behandelingsadvies. Bij problemen kan overleg plaatsvinden met een specialist. Voor de behandelingscontrole kan volstaan worden met T4 en T3 bij hyperthyreoïdiecontrole en van T4 en TSH bij hypothyreoïdie, eventueel serumcholesterol.

Bepaling van T3 is nodig, indien veranderingen van de schildklierhormoonbindende serumeiwitten verwacht kunnen worden (bijvoorbeeld bij orale anticonceptiva). Het instellen van de behandeling valt buiten het bestek van dit artikel.

Verwijsindicaties

Uit het bovenstaande kunnen de meeste verwijsindicaties worden afgeleid:

- bij moeilijk te interpreteren laboratoriumuitslagen, bijvoorbeeld bij discrepantie tussen klinische gegevens en laboratoriumuitslagen;
- bij twijfel over de diagnose;
- ter behandeling of bij problemen bij behandeling.

Naast de vraag óf verwezen moet worden is de vraag hóe verwezen wordt van belang. In veel gevallen is consultatie of eenmalig (consultatief) verwijzen zinvol.

¹ Diagnostisch Centrum Maastricht. Informatiebulletin 1986; 7: 3.

² Van den Hoogen HJM, Huygen FJA, Schellekens JWG, et al. Morbidity figures from general practice. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1985.

³ Lamberts H. Morbidity in general practice. Utrecht: Huisartsenpers, 1984.

Mevrouw S is een slordig geklede, wereldvreemde, trage, vriendelijke vrouw van 45 jaar. Ze heeft een psychiatrische voorgeschiedenis, waaronder enkele opnamen, en wordt intensief begeleid door het maatschappelijk werk. Ze gebruikt medicatie (3 x 25 mg Melleril®, 25 mg Phenergan® vesp.).

Ze wordt enkele keren door de huisarts gezien, omdat haar familie klaagt over verwaarlozing en slecht eten. Zelf klaagt ze alleen over moeheid. De huisarts interpreteert de verschijnselen als het gevolg van haar psychiatrische toestand en de begeleiding wordt geïntensiveerd: gezinszorg, wijkverpleegkundige. In de buurt raakt ze verder geïsoleerd: ze wordt soms door kinderen geplaagd en leeft teruggetrokken.

Ongeveer een jaar later komt ze weer met haar familie op het spreekuur van de huisarts in verband met moeheid, dikke benen en traagheid. De hulpvraag van de familie is: 'ze moet eens goed nagekeken worden'. Behalve opgezette onderbenen levert het lichamenlijk onderzoek geen afwijkingen op. Ook oriënterend bloedonderzoek levert een normaal beeld op.

Om de hulpvraag van de familie te honoreren wordt patiënte naar de internist verwezen. Deze vindt op het ECG een oud onderwandinfarct, hetgeen de huisarts niet bekend was. Daarnaast wordt een ernstige hypothyreoïdie vastgesteld. Ze wordt hiervoor klinisch gesubstitueerd.

Hoewel aanvankelijk lichamelijke verbetering optreedt - ze wordt actiever, de dikke benen verdwijnen - wordt ze depressief met suïcidegevaar. Hiervoor wordt opname op een PAAZ geïndiceerd geacht.

Na de opname is ze minder moe en traag, maar ze blijft vreemd.

Deze ziektegeschiedenis is kenmerkend voor de diagnostische problemen ten aanzien van schildklierfunctieafwijkingen. De klassieke symptomen zijn vaak afwezig. Sommige symptomen, zoals moeheid, zijn weinig kenmerkend. Gedragsverandering kan als belangrijke aanwijzing voor hyperthyreoïdie gelden. Bij een patiënte met een psychiatrisch beeld is het herkennen van deze 'cue' zeer moeilijk.

De casus leert ons nog eens dat, naast de anamnese, observatie een belangrijk onderdeel van de geneeskunde is. Waarnemen doen wij echter nooit 'objectief', maar vanuit een bepaald referentiekader. In dit geval was de huisarts in het nadeel ten opzichte van de familie. Door *observer's bias* - in dit geval: fixatie op het psychiatrische beeld - was herkenning moeilijk. Bovendien had de huisarts te weinig contact om subtiele verschillen in het gedrag te kunnen waarnemen.

Deze casus leert ook beslisseregels uit de ziekenhuisgeneeskunde, zoals meer laboratoriumonderzoek, de huisarts weinig helpt (en de patiënt zeker niet).

Hoe zou een dergelijke valkuil in theorie kunnen worden voorkomen?

In de eerste plaats door fasering van diagnostiek: de huisarts werkt met werkhypothesen die een voorlopig beschrijvend karakter dragen. Door het klachtenbeeld actief te volgen, is correctie mogelijk. Recent heeft Brouwer gepleit voor het ontwikkelen van een systematiek ten aanzien van de feedback op onze diagnostiek. In een aantal gevallen zal de huisarts een patiënt moeten terugbestellen; hierdoor is immers feedback mogelijk.

In de tweede plaats moet de huisarts hulpvragen van de patiënt of diens familie serieus nemen. In dit geval leidden de observaties van de familie tot de juiste diagnose.