

Diagnostiek: tussen ritueel en methodisch werken

'De waarschijnlijkheidstheorie is niet meer dan gezond verstand dat is gereduceerd tot een rekensom. Zij laat met nauwkeurigheid zien wat een redelijke geest aanvoelt uit een soort instinct, zonder in staat te zijn om het zelf te beschrijven.'

Laplace

Na een periode waarin de aandacht binnen de huisartsgeneeskunde met name was gericht op de iatrogenese van functionele klachten en op de preventie van somatische fixatie, is thans een toenemende interesse waarneembaar voor het probleem van 'somatische negatie': 'Preventie van somatische negatie komt voor de preventie van somatische fixatie'.¹ Een soms bijna exclusieve aandacht voor het proces van de hulpverlening heeft lange tijd de discussie over het probleem van een al dan niet vast te stellen diagnose gemaskeerd. Met de toenemende betekenis van de secundaire preventie en de rol die hierbij aan de huisarts wordt toegedacht, lijkt hierin verandering te komen. De cirkel is weer gesloten; wij zijn terug bij de aloude stelling, dat 'de goden de diagnose voor de therapie hebben geplaatst'.

Niettegenstaande het nog steeds cruciale belang van de anamnese en het probleem achter de klacht en de grote betekenis van het 'horen, zien en vooral voelen' ontstaat in toenemende mate twijfel aan de validiteit en betrouwbaarheid van deze bij uitstek huisartsgeneeskundige 'instrumenten' als het gaat om een doeltreffende en bij voorkeur vroegtijdige diagnostiek van ziekten. In deze tijd van besliskundige modellen stijgt ook de belangstelling voor de werkelijke betekenis van een aantal elementen uit het diagnostisch arsenaal van de huisarts. Biedt de anamnese altijd of bijna altijd substantiële informatiewinst in relatie tot de a priori kans op aanwezig of afwezig zijn van een bepaalde gezondheidsstoornis? In hoeverre berust de waardering voor een aantal gebruikelijke diagnostische verrichtingen, waarmee wij een afwijking willen aantonen of uitsluiten, slechts op het simpele gegeven dat de a priori kans op het aanwezig of afwezig zijn van pathologie op voorhand reeds groot of gering is? Biedt het routinematige, als 'standaard' geprotocolleerde fysisch onderzoek wel voldoende vaak zoveel posteriore informatie dat men, althans besliskundig gezien, kan spreken van een acceptabele meerwaarde vergeleken met de anamnese?

De vraag is telkens, welke betekenis aan een bepaalde diagnostische procedure is toe te kennen: levert deze voldoende (extra) informatie op of niet? Bij nadere beschouwing blijkt dat nog wel eens tegen te vallen en niet zelden speelt het toeval een te grote rol.² Aan nogal wat diagnostische procedures blijkt bij kritische beschouwing te gemakkelijk een te grote betekenis te worden toegekend. Een test kan bijvoorbeeld in zijn algemeenheid onterechte faam genieten wegens de correcte negatieve uitslagen, terwijl dit in feite in belangrijke mate wordt bepaald door het gegeven dat de afwijking waarop de test is gericht in de betrokken populatie nauwelijks voorkomt. Mutatis mutandis geldt dit evenzeer voor positieve testresultaten.

Niet alleen in de klinische situatie maar ook in de huisartsgeneeskundige setting zijn diagnostische procedures gangbaar die bij kritische beschouwing tot een ritueel vervagen. Nogal wat min of meer diagnostische handelingen blijken bij nader inzien minder valide of soms volstrekt onbetrouwbaar. Te denken is aan bijvoorbeeld het vaststellen van bronchusobstructie door middel van auscultatie of aan het meten van de veneuze druk met behulp van de 'veneuze boog'.^{3 4} Ten aanzien van de diagnostiek van een sinusitis door middel van diafanoscopie bestaat minstens evenveel twijfel als met betrekking tot het vaststellen van een normale groei en ontwikkeling van de foetus door middel van het traditionele lichamelijke onderzoek van een zwangere.⁵ Het diagnostiseren van gehoorstoornissen anders dan met behulp van geavanceerde audiometrische technieken is een hachelijke zaak, terwijl het beoordelen van ritmestoornissen zonder electrocardiografisch onderzoek evenmin hoge graden van nauwkeurigheid bereikt. De door studenten zo moeilijk te leren en door huisartsen zo lastig consequent uit te voeren, gangbare functietests bij varicosis blijken hoogst onbetrouwbaar en te weinig patiënten met een maligne colonafwijking zullen er vroeg bij zijn als gevolg van het gebruikelijke uitwendige en (beperkt) inwendige oriënterende onderzoek.^{6 7}

De problemen in de huisartsgeneeskunde in deze zijn niet wezenlijk kleiner of groter dan in de klinische geneeskunde; de details verschillen. Het is noodzakelijk maar niet voldoende in de klinische situatie ont-

wikkelde diagnostische technieken kritisch te bezien. Onderzocht moet worden of nieuwere technologieën kunnen bijdragen aan een grotere validiteit en hogere 'voorspellende waarde' van het diagnostisch handelen door huisartsen. Dit zal in de huisartspraktijk moeten gebeuren, omdat de klinische situatie door selectie te zeer van de 'algemene praktijk' verschilt.⁸

Er bestaat binnen de huisartsgeneeskunde terecht een zekere terughoudendheid ten aanzien van de invoering van technologische hulpmiddelen bij de diagnostiek. Gegeven de klaarblijkelijke onvolkomenheden van menige traditionele fysisch-diagnostische handeling, kan men echter stellen dat een op voorhand ongeïnteresseerde attitude ten opzichte van modernere technische hulpmiddelen de professionele mogelijkheden van de huisarts fnuikt en veel in principe aanwezige bekwaamheden tot vroege diagnostiek illusoir maakt.

Tegen deze achtergrond bezien, krijgen bijdragen als het in dit nummer opgenomen artikel van *Stoffers e.a.* over perifere arteriële obstructie van de vaten ('perifeer vaatlijden') een bijzondere betekenis.⁹ Het is niet onverklaarbaar, dat een niet zo zeldzame aandoening als perifere atherosclerose tot nu toe binnen de huisartsgeneeskunde geen expliciete aandacht heeft gekregen. Het gaat hierbij immers in de regel om oudere patiënten met ook andere bekende manifestaties van hart- of vaatlijden.

Perifeer vaatlijden is een van die aandoeningen waarbij door middel van de klassieke fysisch-diagnostische procedures inderdaad een vaststaande diagnose is te bereiken. Bezien in het licht van secundaire preventie is het dan echter te laat of bijna te laat. Wat is dan de betekenis van de 'klassieke diagnostische bevindingen'?

Inderdaad blijkt de betekenis van een positieve diagnose beperkt. Anderzijds is echter met een hoge mate van zekerheid vast te stellen dat de patiënt de aandoening niet heeft. De tot nu toe gebruikelijke anamnestiche en fysisch-diagnostische benadering heeft dus een hoge negatief voorspellende waarde.

Gegeven de relatief geringe frequentie van symptomatisch perifeer vaatlijden zou dit vooralsnog de opvatting rechtvaardigen dat het Doppler-onderzoek niet tot de diagnostische faciliteiten van de huisarts behoort te worden gerekend. Symptomatisch perifeer vaatlijden is immers met de tot nu toe gebruikelijke

procedure met voldoende zekerheid uit te sluiten. Het probleem wordt echter gecompliceerd door de omstandigheid, dat veel patiënten met perifeer vaatlijden klachten- of symptoomvrij zijn; voorts door het feit dat asymptomatisch perifeer vaatlijden een 'risicofactor' is voor het vroeger of later optreden van hart- en vaatziekten.

Dit gegeven, tezamen met nader te precizeren maar naar verwachting inderdaad effectieve mogelijkheden tot interventie, doet dan toch weer de vraag rijzen of deze onderzoeksmethodiek moet worden toegevoegd aan de diagnostische outfit van de huisarts. Deze test, waarbij het resultaat van de meting wordt uitgedrukt in de zogenaamde 'Enkel-Arm Index' voldoet op zichzelf aan een aantal primaire criteria. Het is een niet-invasieve, nauwelijks belastende ingreep. De methode is relatief goedkoop en de resultaten zijn door een huisarts niet moeilijker te interpreteren dan door een specialist.

De methode blijkt intussen wel gekenmerkt door een wisselende reproduceerbaarheid, en wel in ernstiger mate naarmate er sprake is van een ernstiger graad van perifeer vaatlijden (die dus ook vaker tegelijk symptomatisch is(?)). Voor de huisarts is dat anderzijds niet zo bezwaarlijk. Het gaat hem immers vooral om een hoge 'negatief voorspellende waarde'. Mogelijk blijkt voor het uitsluiten van perifeer vaatlijden de Doppler-techniek in de situatie van de huisarts zelfs van meer waarde dan voor het vaststellen van deze aandoening in de geselecteerde populatie van een polikliniek.

De in verschillende onderzoeken gesignaleerde interdokter-variatie (6 tot 16 procent) is daarentegen weer een bezwarend aspect, waar de afkappunten 'wel of geen perifeer vaatlijden' dicht bij elkaar liggen. Bij toepassing door een huisarts kan de interwaarnemer-variatie beperkt blijven. De intrawaarnemer-effecten zullen door verder onderzoek binnen de eerste lijn op hun invloed op te nemen beslissingen (bijvoorbeeld wel of niet verwijzen) moeten worden bestudeerd.

Hoewel het ernaar uitziet dat het Doppler-onderzoek ook (of juist) voor de huisarts een waardevolle methodiek kan zijn, past vooralsnog enige reserve ten aanzien van de status als 'standaard procedure' in de huisartspraktijk. Er zullen meer gegevens beschikbaar moeten komen met betrekking tot de frequentie

van (asymptotisch) perifeer vaatlijden in de populatie van de huisarts. Een duidelijker zicht op het natuurlijk beloop en de concrete mogelijkheden tot interventie is vereist teneinde de waarde van deze test voor het diagnostisch handelen van de huisarts vast te stellen.

Maar er is meer. Perifeer vaatlijden wordt opgevat als een risicofactor voor hart-vaatziekten, net als een positieve familie-anamnese, roken, hypertensie, diabetes mellitus, enz. De vraag is of, en in welke mate, (asymptotisch) perifeer vaatlijden met een of meer van deze factoren is geassocieerd c.q. hoe zinnig het is om naast de reeds 'geaccepteerde' opsporing van de laatstgenoemde factoren tevens te speuren naar perifeer vaatlijden.

Dit alles overwegende voelt men nieuwe twijfels opkomen als men acht slaat op de feitelijke gang van zaken met betrekking tot de geaccepteerde 'musts' voor de huisarts. Ter illustratie is te verwijzen naar het artikel van *Rutten e.a.* over de opsporing en begeleiding van type-II diabeten in de huisartspraktijk.¹⁰ Hieraan blijkt nog het nodige te schorten. Zo eenvoudig is het kennelijk allemaal niet, terwijl het in principe zo moeilijk niet is.

Uiteraard dient de opname van een relevante en betrouwbare diagnostische methodiek in het huisartsgeneeskundig pakket immer te worden overwogen. Daarbij mag echter niet worden voorbijgegaan aan andere factoren die het feitelijke (vroeg-)diagnostisch handelen van de huisarts bepalen.

Er zijn dus nog veel vragen te beantwoorden alvorens de bepaling van de EA-index tot het verrichtingenprofiel van de huisarts moet worden gerekend. Dit alles

neemt evenwel niet weg, dat het artikel van *Stoffers e.a.* van belang is als 'model' voor een adequate probleemstelling op het terrein van patiëntgebonden onderzoek in de huisartspraktijk. Het is voorts van belang voor een potentiële en mogelijk doeltreffende interventie bij een niet zeldzame, de validiteit of het leven bedreigende aandoening.

H. G. M. van der Velden

- ¹ Bremer GJ, Hoekstra GR, red. Anamnese en onderzoek in de huisartsenpraktijk. Adviezen van specialisten. Utrecht: Bunge, 1986.
- ² Veldhuyzen van Zanten SJO, Hijdra A. Onderzoek naar variatie tussen waarnemers met behulp van kappa. Ned Tijdschr Geneeskd 1988; 132: 199-202.
- ³ Muris JWM, Vaessen MHJ, Sturmans F. De waarde van auscultatie bij de diagnostiek van bronchusobstructie in de huisartspraktijk. Huisarts Wet 1987; 30: 272-4.
- ⁴ Metz JCM. Medische competentie; een onderzoek naar de betrouwbaarheid en de validiteit van het gestructureerd klinisch examen [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1984.
- ⁵ Van Duyn NP. Diafanoscopie van de sinus maxillaris. Huisarts Wet 1987; 30: 268-71.
- ⁶ Lagro-Janssen T, Mesker-Niesten J. Varicosis. Huisarts Wet 1988; 31: 55-9.
- ⁷ Frank ECJ. Colon- en rectumcarcinoom in een huisartspraktijk. Huisarts Wet 1983; 26: 254-7.
- ⁸ Knottnerus JA. Interpretatie van diagnostische gegevens. Een onontgonnen terrein in de huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 1983; 26: 363-8.
- ⁹ Stoffers HEJH, Kaiser V, Lemmens ThGJ, Knottnerus J. Perifeer arterieel obstructief vaatlijden in de huisartspraktijk: een verborgen ziektebeeld? Huisarts Wet 1988; 31: 202-6.
- ¹⁰ Rutten GEHM, Van Eijk JThM, Van Beek MML, Van der Velden HGM. De type-II diabeet: hoe staat het er mee? Een explorierend onderzoek in acht huisartspraktijken. Huisarts Wet 1988; 31: 124-8.