

Nut en noodzaak van obductie in de eerste lijn

Twee voorstellen opnieuw geformuleerd aan de hand van een casus

FEIKE OPPEWAL
COEN J.F. SCHOOTS

Oppewal F, Schoots CJF. Nut en noodzaak van obductie in de eerste lijn. Twee voorstellen opnieuw geformuleerd aan de hand van een casus. Huisarts Wet 1997; 40(1): 18-20.

Samenvatting Onverwacht overlijden van een jong-volwassene roept vragen op die veelal alleen door obductie beantwoord kunnen worden. In deze casus was twijfel over de werkelijke doodsoorzaak bij een verkeersongeval aanleiding tot het verrichten van obductie. Obductie op verzoek van de huisarts is nog steeds een pro Deo aangelegenheid. Wij formuleren (opnieuw) twee voorstellen in een pleidooi om te komen tot reële mogelijkheden voor obductie vanuit de eerste lijn. Het eerste voorstel (aan de NHG) is om een NHG-Standaard Obductie in de Huisartspraktijk te ontwikkelen, het tweede (aan de minister) om de pathologisch-anatomische laboratoria de mogelijkheden te bieden om per jaar vijf à tien obducties op verzoek van de huisarts uit te voeren. Een belangrijke barrière voor obductie in de eerste lijn zou daarmee geslecht zijn.

F. Oppewal, huisarts; C.J.F. Schoots, patholoog-anatoom, pathologisch-anatomisch laboratorium te Winschoten.
Correspondentie: F. Oppewal, dr. H. Brouwerstraat D7, 9663 RK Nieuwe Pekela.

Inleiding

Het overlijden van een motorrijder roept veelal associaties op met een roekeloze rijstijl: te hoge snelheid, een mislukte inhaalpoging, etc. Bij de omstanders kan dan een gevoel van 'eigen schuld' ontstaan, een gevoel dat voor de nabestaanden de rouwverwerking kan bemoeilijken. Onlangs werden wij geconfronteerd met een dergelijke casus; de hetero-anamnese was reden om obductie aan te vragen. In dit artikel doen we verslag van de achterdocht van de huisarts en formuleren we (opnieuw) twee voorstellen in een pleidooi om obductie-aanvragen vanuit de eerste lijn te kunnen realiseren.

Casus

De eerste fraaie voorjaarsdag van het jaar bood een 42-jarige man de gelegenheid om met een stel motorvrienden zijn nieuwe motor in te rijden. De afgelopen week was hij weliswaar wat griepig geweest – hij moest zelfs een dag in bed blijven –, maar deze kans liet hij zich niet ontzeggen. De griepigheid was geen reden geweest om de huisarts te consulteren. De laatste acht jaar had hij deze overigens alleen gezien voor de nu en dan opspelende lagerugpijn. Tien jaar geleden had hij zijn vorige huisarts bezocht vanwege een neusbloeding; de bloeddruk was toen wat hoog geweest, maar echt veel aandacht had hij daar niet voor gehad.

De motorrit verliep voortreffelijk. Tijdens de eetpauze had hij zich echter niet lekker gevoeld, wat zweterig en bleek liet hij het eten aan zich voorbijgaan en zijn shagie rookte hij maar voor de helft op. Het vervolg van de rit verliep ongewoon: de man bleef wat achter in de groep rijden en hing op zeker moment voorovergebogen op de motor alsof hij zijn motorblok wilde inspecteren. Geroep en gezwaai van zijn vrienden noch de claxon van de tegenligger hielden hem op de juiste weghelft. Met een klap kwam hij tegen de aanhanger en iedereen wist het direct: hij is dood.

In het ziekenhuis werd formeel de doodsoorzaak vastgelegd: onnatuurlijke dood ten gevolge van een verkeersonge-

val. De (dienstdoende) huisarts werd gebeld met het verzoek om de echtgenote en kinderen van dit overlijden op de hoogte brengen.

Toen de eigen huisarts op maandagmiddag (twee dagen na het overlijden) op condoleancebezoek kwam, kreeg hij bovenstaand verhaal te horen. Een blik op de groene kaart had hem al geleerd dat de bloeddruk in het verleden te hoog was geweest (waarden rond de 170/100 mm Hg), later enkele keren rond de 140/80-90 mm Hg. De afgelopen jaren had patiënt enkele keren zijn cholesterol laten meten; aanvankelijk was dit 7,11 mmol/l, later werden waarden rond de 6,70 mmol/l gevonden (normaal <6,24) bij een triglyceridegehalte van 2,63 mmol/l (normaal <1,94).

Deze bevindingen en de hetero-anamnestiche gegevens deden huisarts én familie twifelen aan een ongeval als oorzaak van het overlijden. Wezen deze gegevens niet meer in de richting van een hartaanval? Benadrukt werd nog dat patiënt geen roekeloze rijder was geweest; integendeel, hij had voor deze categorie motorrijders nooit een goed woord over gehad. In het gesprek kwam ook naar voren dat voor de nabestaanden een hartaanval als overlijdensoorzaak beter te accepteren zou zijn dan een ongeval.

Overleg met de patholoog-anatoom leidde al snel tot de conclusie dat nader onderzoek in deze casus gerechtvaardigd was.

Obductieverslag

Bij onderzoek werden secundair aan het ongeval talrijke weke-delenverwondingen en fracturen gezien. Het hart was te zwaar: 580 gram (normaal is circa 400 g); dit was vooral het gevolg van een circulaire linkshypertrofie. De kleppen waren niet afwijkend; met name was er geen aanwijzing voor een aortastenose. Het myocard was op sneevlak egaal van kleur.

De coronaire arteriën toonden, zeker voor de leeftijd, ernstige pathologie: zowel het linker- als rechtervat liet vernauwingen zien, waarbij focaal nog slechts 10 procent van het oorspronkelijke lumen

overbleef. Afsluitende thrombi waren er niet. De overige lichaamsarteriën en aorta lieten relatief weinig afwijkingen zien.

Microscopisch onderzoek toonde in de coronaire vaten ernstige atherosclerotische veranderingen met intimaverdikking, afzetting van ijzerpigment, cholesterol en kalk. In het myocard werd met name aan endocardiale zijde interstitiële fibrose gezien. Histologisch waren er geen aanwijzingen voor infarctering, myocarditis of cardiomyopathie. Het geleidingssysteem toonde geen bijzonderheden.

Bespreking

De klinische gegevens bij deze 42-jarige man gaven verschillende risicofactoren aan. De verhoogde tensie op 31-jarige leeftijd, het (niet meer nader te specificeren) rookgedrag, de verhoogde cholesterol- en triglyceridenwaarden benadrukten achteraf dat de patiënt tot de risicogroep voor hart- en vaatziekten had behoord. Over familiale belasting voor hart- en vaatziekten konden we geen gegevens achterhalen.

De circulaire hypertrofie van het hart bij deze patiënt was zeer waarschijnlijk het gevolg van de hypertensie (een aortastenoze werd uitgesloten). De ernstige atherosclerose van de coronaire vaten zal aanleiding hebben gegeven tot ischemie. De subendocardiale fibrose pleit voor een al langer bestaande verminderde perfusie. Het effect hiervan werd door de hypertrofie versterkt.

Onze hypothese is dan ook dat deze afwijkingen geleid hebben tot geleidingsstoornissen als ventrikelfibrilleren of acute infarctering. Dat bij obductie hiervoor geen histologisch substraat werd gevonden, is hiermee niet in tegenspraak. Bekend is dat pas circa vier uur na het ontstaan van een infarct, de eerste tekenen van infarctering bij pathologisch-anatomisch routine-onderzoek gevonden kunnen worden.¹

Bovenstaande uitkomsten werden met de nabestaanden besproken. Van onze zijde werd gezegd dat het heel waarschijnlijk

was dat patiënt aan de directe gevolgen van een beginnend hartinfarct was overleden. Deze mededeling stelde hen duidelijk gerust, en gaf de rouwverwerking een ander en minder beladen startpunt. Ze waren blij dat hun vraag om lijkschouwing op de beschreven wijze was uitgevoerd.

Beschouwing

Overlijden aan een coronair accident op 40- tot 45-jarige leeftijd is in onze maatschappij helaas geen zeldzaamheid. De combinatie met een ongeval geeft het overlijden dramatische accenten en roept soms vragen op. Sommige van deze vragen kunnen alleen door obductie beantwoord worden.

Obductie op aanvraag van de huisarts is nog steeds een onderwerp van discussie. In 1989 is het 'Eindrapport van het onderzoek obducties in de eerstelijnsgezondheidszorg, verpleeghuizen en zwakzinnigen-inrichtingen' aan de Ziekenfondsraad aangeboden.² Bremer sprak in een commentaar de hoop uit 'dat de desbetreffende beleidsinstanties zo snel mogelijk de nodige maatregelen nemen om deze "voorziening" in de eerste lijn en in de genoemde instellingen in te voeren. (...) Interessant is daarbij dat deze beleidsinstanties er rustig van kunnen uitgaan dat er van deze nieuwe voorziening nooit misbruik gemaakt zal worden en dat de kosten ervan dus te overzien zullen blijven.'³ Helaas is deze hoop tot op heden niet verwezenlijkt.

Over het nut van door huisartsen aangevraagde obducties bestaat consensus. De belemmeringen hangen vooral samen met de financiële consequenties. De kosten van het vervoer van het stoffelijk overschot dienen door de familie te worden voldaan. De obductie zelf wordt pro Deo verricht (zoals in deze casus) of soms via het ziekenhuis geregeld, als de patiënt bekend is bij een specialist. Met de meeste pathologisch-anatomische laboratoria zijn (stilzwijgende) afspraken dat bij kinderen en jong-volwassenen obductie mogelijk is. Duidelijke criteria en afspraken zijn er echter niet en dat geeft de huisarts veelal dusdanige onzekerheden dat de mogelijk-

heid van obductie maar niet besproken wordt met de familie. In dit tijdschrift zijn de geschetste moeilijkheden al eerder besproken en zijn voorstellen voor verbetering gedaan.⁴

Recent zijn de indicaties voor obducties door huisartsen en specialisten nog eens met elkaar vergeleken.⁵ De conclusie dat huisartsen vooral obductie aanvragen om voor zichzelf of voor de nabestaanden klemmende vragen beantwoord te krijgen, wordt door onze casus nog eens bevestigd. De argumenten voor obductie in de eerste lijn zijn al herhaaldelijk beschreven⁶⁻⁹ en mogen bekend worden verondersteld. In een redactioneel commentaar in dit tijdschrift in 1989 werd de hoop uitgesproken dat 'vooruitlopend op de politieke besluitvorming over het verruimen van de obductiemogelijkheden (...) huisartsen en patholoog-anatomen gezamenlijk al de noodzakelijke uitwerking van de aanbevelingen ter hand nemen.'¹⁰ De suggestie werd toen gedaan 'dat het NHG de draad oppakt in het kader van het Standaardenbeleid.'

Intussen zijn we zeven jaar verder en heeft noch politieke besluitvorming plaatsgevonden noch zijn er nadere richtlijnen voor obductie vanuit de eerste lijn verschenen. Dat lijkt ons een ongewenste situatie. Anno 1997 kunnen huisarts en patiënt toch niet meer afhankelijk zijn van de welwillendheid van de specialist, en evenmin kan van de specialist worden verwacht dat hij pro Deo noodzakelijk werk voor de huisarts verricht.

Ons voorstel voor verbetering hiervan is tweërlei:

- 1 Het Nederlands Huisartsen Genootschap ontwikkelt een NHG-Standaard Obductie in de Huisartspraktijk.
- 2 De minister geeft de (circa 70) pathologisch-anatomische laboratoria in ons land de mogelijkheden om (afhankelijk van hun grootte) per jaar elk vijf à tien obducties op verzoek van de huisarts te verrichten.

De barrière om een gezonde portie achterdocht van de huisarts in 'een laatste consult'⁶ te laten toetsen, zou daarmee geslecht zijn.