



Diagnostiek van longembolie

In de rubriek (Ver)Stand van zaken geeft de aiotho (arts-in-opleiding tot huisarts-onderzoeker) een korte samenvatting van de literatuur die heeft geleid tot de belangrijkste onderzoeksvraag, waarop hij/zij aan het promoveren is. De coördinatie van de rubriek is in handen van M.J. Scherptong-Engbers, LUMC Leiden, aiotho en redactielid H&W • Correspondentie: m.j.scherptong@gmail.com.

PRAKTIJKVRAAG

De NHG-Standaard Diepe veneuze trombose en longembolie biedt voor het eerst handvatten voor de diagnostiek van longembolie. De huisarts kan nu bij een vermoeden van longembolie gebruikmaken van een klinische beslisregel en een D-dimeer(snel)test voor het bepalen van verder beleid. Zijn de veiligheid en efficiëntie van deze diagnostische strategie, nu deze in de dagelijkse praktijk wordt gebruikt, vergelijkbaar met de uitkomsten van eerdere validatieonderzoeken?

HUIDIG BELEID

Voordat de diagnostiek van longembolie werd opgenomen in de NHG-Standaard, werd geadviseerd de patiënt bij een vermoeden van longembolie direct door te verwijzen naar de spoedeisende hulp (SEH). De artsen op de SEH gebruikten wel al een klinische beslisregel (de Wells-score) in combinatie met een D-dimeertest. De nieuwe NHG-Standaard adviseert huisartsen dit ook te doen. Een patiënt met een Wells-score van $\geq 4,5$ wordt direct verwezen. Bij een score van $< 4,5$ wordt een D-dimeer(snel)test verricht. Is deze positief, dan wordt de patiënt alsnog verwezen. Bij een negatieve test hoeft dit niet. Samenvattend zijn dus de patiënten die nu niet meer verwezen hoeven te worden (de laagrisicopatiënten), patiënten met een lage score ($< 4,5$) en een negatieve D-dimeer(snel)test.

RELEVANTIE VOOR DE HUISARTS

De incidentie van longembolie in de huisartsenpraktijk is laag: ongeveer 0,2 per 1000 patiënten per jaar. Aangezien ongeveer 12% van de 'verdachte' patiënten daadwerkelijk een longembolie heeft, zal een huisarts met een normpraktijk bij gemiddeld 4 patiënten per jaar aan een longembolie denken.¹ Het is dus een zeldzame aandoening, maar door de vaak specifieke presentatie en hoge mortaliteit is het een bekend diagnostisch probleem. De afgelopen decennia zijn voor de tweede lijn verschillende klinische beslisregels ontwikkeld, om betere risicostratificatie mogelijk te maken bij een vermoeden van longembolie. In 2012 is één van deze beslisregels, de Wells-score, ook gevalideerd in de eerste lijn.¹ Mede op basis van dit onderzoek adviseert de NHG-Standaard nu om laagrisicopatiënten (Wells-score $< 4,5$ en een negatieve D-dimeer(snel)test) niet meer te verwijzen. Het ADVICE-onderzoek evalueert of de veiligheid van deze werkwij-

ze bij toepassing in de dagelijkse praktijk vergelijkbaar is met de uitkomsten van eerdere validatieonderzoeken.

STAND VAN ZAKEN IN DE LITERATUUR

Alle verschillende beslisregels die wereldwijd worden gebruikt voor de diagnostiek van longembolie zijn uitgebreid gevalideerd in de tweede lijn, met goede resultaten.² Daarnaast blijkt uit onderzoek dat de beslisregels even veilig zijn (een vergelijkbaar aantal 'gemiste' longemboliegevallen), maar efficiënter dan de klinische inschatting van de arts; er wordt dus minder aanvullende diagnostiek verricht bij gebruik van een beslisregel.² De Nederlandse ziekenhuizen werken volgens de CBO-richtlijn, waarin de Wells-score is opgenomen. In 2012 heeft één onderzoek de Wells-score ook gevalideerd in de eerste lijn.¹ In dit validatieonderzoek is bij 598 patiënten bij wie de huisarts een longembolie vermoedde (leeftijd ≥ 18 jaar), beoordeeld of er sprake was van een hoog, of een laag risico op basis van de Wells-score in combinatie met een D-dimeer(snel)test. Alle patiënten werden naar de SEH verwezen, ongeacht dit risico. Van alle patiënten bij wie de huisarts een longembolie vermoedde, had 46% een laag risico. Zij hadden achteraf dus niet verwezen hoeven worden. In deze laagrisicogroep was het percentage fout-negatieven ('gemiste' longemboliegevallen) 1,5% (95%-BI 0,4% tot 3,7%). Nu deze werkwijze is opgenomen in de NHG-Standaard zullen laagrisicopatiënten voor het eerst daadwerkelijk niet meer naar de SEH worden verwezen. Het ADVICE-onderzoek evalueert het effect hiervan.

CONCLUSIE

De veiligheid van het toepassen van een klinische beslisregel is vergelijkbaar met de klinische inschatting van de (huis)arts, maar leidt tot minder onnodige verwijzingen naar de SEH. De klinische beslisregel in combinatie met een D-dimeer(snel)-test in de huisartsenpraktijk is tot nu toe in onderzoeksetting gevalideerd, maar nog niet geëvalueerd na implementatie in de dagelijkse praktijk.

BELANGRIJKSTE ONDERZOEKSVRAAG

Hoe veilig en efficiënt is gebruik van de Wells-score in combinatie met een D-dimeer(snel)test voor het uitsluiten van een longembolie door de huisarts in de dagelijkse praktijk?

Deelname aan dit onderzoek is nog steeds mogelijk, voor informatie kunt u contact opnemen via onderstaand e-mailadres. ■

LITERATUUR

- Geersing GJ, Erkens PMG, Lucassen WAM, Büller HR, Ten Cate H, Hoes AW, et al. Safe exclusion of pulmonary embolism using the Wells rule and qualitative D-dimer testing in primary care: prospective cohort study. *BMJ* 2012;345:e6564.
- Lucassen WAM, Geersing GJ, Erkens PMG, Reitsma JB, Moons KGM, Büller HR, et al. Clinical decision rules for excluding pulmonary embolism: a meta-analysis. *Ann Intern Med* 2011;155:448-60.