



Aanvullende diagnostiek

PRAKTIJKPROBLEEM

Huisartsen vragen op het spreekuur geregeld aanvullende diagnostische tests aan. Bijvoorbeeld als patiënten zich melden met pijn links in de onderbuik. Dit kan passen bij diverticulitis, maar ook komen door minder ernstige oorzaken, zoals obstipatie. Omdat diverticulitis potentieel gecompliceerd kan verlopen, wil je deze diagnose als huisarts uitsluiten, ook als diverticulitis niet hoog in je differentiaaldiagnose staat. Hoe verloopt het diagnostisch redeneren in de huisartsenpraktijk en met name, wanneer zijn aanvullende diagnostische tests van waarde?

ACHTERGROND

Een diagnose stel je zelden op basis van één test.¹ Elke huisarts begint met een gedegen anamnese en gericht lichamelijk onderzoek. Bij de meeste klachten op ons spreekuur is hierna al een werkdiagnose mogelijk. Aanvullende diagnostische tests zijn in de meeste gevallen niet nodig. Echter, bij klachten waarbij een potentieel ernstige aandoening in de differentiaaldiagnose staat, bestaat er behoefte aan meer zekerheid. Aanvullende diagnostische tests helpen om deze differentiaaldiagnoses aan te tonen of uit te sluiten. De informatie uit anamnese en lichamelijk onderzoek is de basis. De uitkomst van het aanvullend onderzoek brengt de huisarts weer een stap verder in het beslisproces. Aanvullende tests moeten vervolgens altijd geïnterpreteerd en geanalyseerd worden in het licht van de eerder verkregen informatie uit anamnese en lichamelijk onderzoek. Voorbeelden hiervan zijn de recent voor de huisarts geïntroduceerde sneltests of 'point-of-care' tests, zoals een CRP- of D-dimeerbepaling. Deze tests zijn heel geschikt om over relatief ernstige aandoeningen al tijdens het consult informatie te geven, maar de uitslag van de test moet altijd geïnterpreteerd worden in de context van de patiënt die tegenover je zit. Als al vaststaat dat de patiënt wel of niet ingestuurd wordt, onafhankelijk van de testuitslag, heeft de test geen waarde. Het denkproces begint dus altijd bij de patiënt, en niet bij de testuitslag.

UITWERKING

In een groot Nederlands onderzoek bij 1021 patiënten die met buikklachten naar de SEH waren verwezen (75% door de huisarts) werd gekeken naar de diagnostische waarde van anamnese, lichamelijk onderzoek en een CRP-waarde bij de diagnose diverticulitis.² In de [tabel] wordt de oddsratio (OR) van de vijf variabelen gegeven die het sterkst bijdroegen aan een diagnose diverticulitis.

De aanwezigheid van de drie variabelen die het sterkst met diverticulitis gecorreleerd waren (afwezigheid van braken, pijnlijke palpatie alleen in de linker onderbuik en een verhoogd CRP) had een positief voorspellende waarde van 97% (95%-BI 83 tot 99) voor de aanwezigheid van diverticulitis. Bij

Tabel Diagnostische waarde van anamnese, lichamelijk onderzoek en CRP-bepaling bij diverticulitis

Variabele	Oddsratio (95%-BI ^a)
Leeftijd boven de 50 jaar	1,2 (1,1 tot 1,3)
Subacut begin van de klachten	2,3 (1,2 tot 4,2)
Afwezigheid van braken	9,2 (3,8 tot 22)
Palpatie onderbuik alleen pijnlijk in de linker onderbuik	13,3 (6,9 tot 25)
CRP-waarde boven de 50 mg/L	4,7 (2,7 tot 8,3)

^a BI = betrouwbaarheidsinterval.

patiënten met een vermoeden van diverticulitis op klinische gronden, maar bij wie deze drie variabelen afwezig waren, was de negatief voorspellende waarde beperkt: 53% bleek nog altijd een diverticulitis te hebben bij aanvullende beeldvorming.

Dit onderzoek illustreert de waarde van aanvullende diagnostische tests voor de huisarts. Ten eerste is duidelijk te zien dat anamnese en lichamelijk onderzoek sterk aanvullend zijn: de twee variabelen met de sterkste toegevoegde waarde zijn immers 'afwezigheid van braken' en 'palpatie onderbuik alleen pijnlijk in de linker onderbuik'. Ten tweede voegt de aanvullende diagnostische test 'CRP-bepaling' maar beperkt informatie toe, en eigenlijk alleen om meer zekerheid te krijgen om diverticulitis aan te tonen. Dit onderschrijft de waarde van anamnese en lichamelijk onderzoek: hiermee wordt in de meeste gevallen genoeg informatie verkregen om het beleid te bepalen. Dat is ook de kracht van de huisarts: met weinig middelen komen tot een zo accuraat mogelijke diagnose. Aanvullende diagnostische tests zijn vooral van waarde als laatste stapje om diagnostische zekerheid te krijgen.

BETEKENIS

De meerwaarde van aanvullende diagnostische tests moet altijd geïnterpreteerd worden in de context van anamnese en lichamelijk onderzoek. Anamnese en lichamelijk onderzoek zijn het fundament van ons klinisch redeneren en in veel gevallen is deze informatie al genoeg om tot een gericht beleid te komen. Alleen in situaties waar een laatste stap nodig is in de diagnostische zekerheid – bijvoorbeeld bij een vermoeden van een potentieel ernstige aandoening – zijn aanvullende diagnostische tests van waarde. ■

LITERATUUR

- Grobbée DE, Hoes A. Clinical Epidemiology; Principles, Methods and Applications for Clinical Research. Londen: Jones and Bartlett, 2009.
- Lameris W, Van Randen A, Van Gulik TM, Busch OR, Winkelhagen J, Bosuyst PM, et al. A clinical decision rule to establish the diagnosis of acute diverticulitis at the emergency department. Dis Colon Rectum 2010;53:896-904.

UMC Utrecht, Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, Postbus 85500, 3508 GA Utrecht en praktijk Buitenhof, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam: dr. G.J. Geersing, huisarts • Correspondentie: G.J.Geersing@umcutrecht.nl