

CRP draagt bij aan best mogelijke diagnostiek

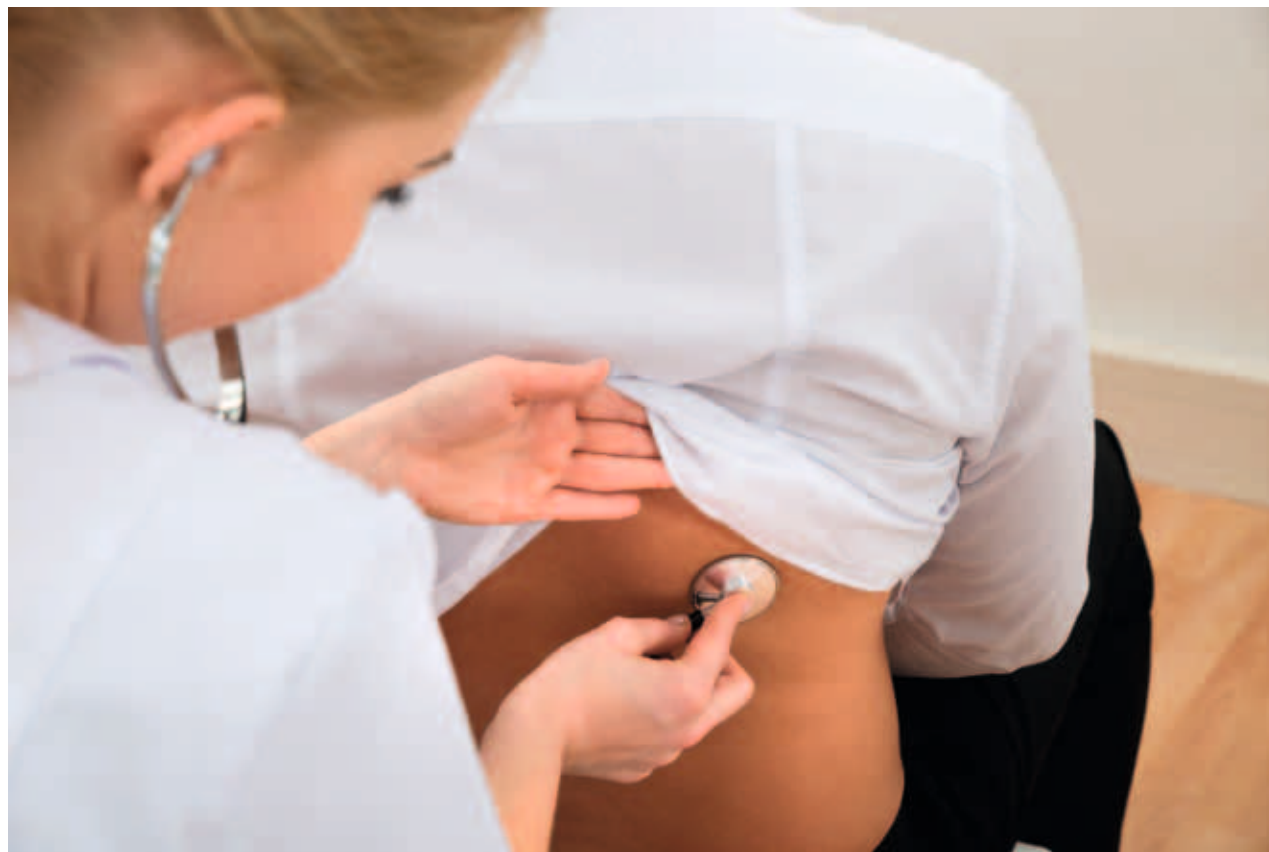


Foto: Andrey_Popov/Shutterstock

Er bestaat geen twijfel over de meerwaarde van de C-reef proteïne (CRP)-test bij het onderscheiden van ernstige van niet-ernstige luchtweginfecties en als hulpmiddel voor rationeel antibioticagebruik.¹⁻⁴ Het debat naar aanleiding van het proefschrift van Marloes Minnaard dient te gaan over diagnostische strategieën van de huisarts, de vertaling van ons diagnostisch dilemma naar wetenschappelijke 'maat en getal', goede indicatiestelling en gedragsverandering.

Huisartsen gebruiken verschillende diagnostische strategieën, die ze vaak impliciet toepassen tijdens het consult.⁵ Soms blijft de diagnostische onzekerheid na anamnese en lichamelijk onderzoek (A/LO) te groot om de patiënt goed te kunnen adviseren over vervolgbeleid. Dit speelt in het bijzonder in de huisartsenzorg, waar patiënten zich veelal in een vroeg stadium, met vaak weinig uitgesproken en aspecifieke klachten melden. De diagnostische meerwaarde van afzonderlijke tests

(A/LO) is meestal beperkt, bij een betrekkelijk kleine kans op aanwezigheid van een ernstige ziekte. De diagnostische onzekerheid wordt bij luchtweginfecties geregeld 'afgekocht' door het voorschrijven van een antibioticum.

DIAGNOSTISCH DILEMMA

CRP voorspelt ernstige luchtweginfecties veel sterker dan alle diagnostische tests (waaronder koorts, auscultatie) die de huisarts in de eigen praktijk ter beschikking heeft. Dat is ook de vertaling van de door Minnaard gepresenteerde ROC-curves.⁶ De curve A/LO staat daarbij niet voor wat de huisarts in de eigen praktijk aan diagnostische informatie verzamelt. Nee, de curve is een theoretisch plaatje van een combinatie van statistisch significant scorende elementen uit de anamnese en het lichamelijk onderzoek. Een groot Europees onderzoek met licht zieke, hoestende patiënten domineert (53% van alle patiënten).¹ In dit onderzoek had slechts 4% van de ingesloten patiënten een temperatuur van > 37,8 °C. En bij slechts 3% van de patiënten dacht de huisarts aan pneumonie. In dit grote onderzoek is het dus niet gelukt om die patiënten te laten deelnemen bij wie de huisarts aanzienlijke diagnostische onzekerheid kent. Laat dat nu juist de categorie patiënten zijn

Saltro diagnostisch centrum, Utrecht: dr. R. Hopstaken, huisarts, vakspecialist POCT en huisarts-geneeskundige diagnostiek • Correspondentie: r.hopstaken@saltro.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

voor wie de NHG-Standaard Acuut hoesten aanbeveelt om een CRP-test te verrichten. Deze ‘midden categorie’ patiënten is dus een heel andere dan die Minnaard in dit tijdschrift presenteert. Hiermee marginaliseert zij ten onrechte de meerwaarde van CRP-POCT (*point of care testing*).

GOEDE INDICATIESTELLING IS CRUCIAAL

Goede indicatiestelling voor het inzetten van een extra hulpmiddel (CRP-POCT) is dus cruciaal. Niet voor niets luidt het advies om introductie van (CRP) POCT vergezeld te laten gaan van gerichte training en instructie. In haar methodologisch zwakkere, observationele onderzoek heeft Minnaard hier niet voor gekozen.⁷ Daarmee is een kans om ook onnodig antibioticagebruik te verminderen bij voorbaat gemist. Daar komt bij dat huisartsen in dit onderzoek vooraf (theoretisch) moesten aangeven of ze antibiotica gingen voorschrijven. Het resultaat was een extreem laag ‘ja’-percentage van 32%, terwijl 70 tot 80% gebruikelijk is. Verdere reductie door CRP-POCT was dan ook moeilijk haalbaar. Een forse *recruitment bias* was een ander, door de onderzoekers, erkend zwak punt van het onderzoek.⁸

UPDATE VAN DE STETHOSCOOP

Na de introductie van Laennec’s stethoscoop (1816) en enkele ‘updates’ hiervan is de accuratesse van klinische diagnostiek bij ondersteluchtweginfecties decennialang niet meer aantoonbaar verbeterd. In dit stille water gaf de introductie van de CRP-vingerprik een flinke rimpeling. Het is fascinerend om te zien dat de meest onderzochte en best bewezen diagnostische test bij ondersteluchtweginfecties juist het onderwerp van debat blijft. Zegt dat iets over de test of over de liefhebber

van stilstaand water? Indien het laatste het geval is, zie ik uit naar de pro-con-debatten over het meten van lichaamstemperatuur, de waarde van de stethoscoop en de vraag ‘hoe voelt u zich?’ bij ondersteluchtweginfecties. Het antwoord zal dan zijn dat we deze tests niet meer hoeven uit te voeren, omdat ze (ook) niet perfect zijn.

GEDRAGSVERANDERING

Hoe borgen we de juiste indicatiestelling en interpretatie van CRP-testuitslagen, de juiste inbedding in het consult en de laboratoriumtechnische kwaliteit in de drukke praktijk van alledag? Om die gedragsverandering in de praktijk te bewerkstelligen zijn gerichte nascholing en training essentieel. Het idee dat we ook ná implementeren van de CRP-sneltest moeten blijven leren, is me dan ook op het lijf geschreven. Al wordt het tijd om te spreken over point-of-care testing,⁹ waarbij de toegevoegde waarde is dat de test in een professionele context wordt aangeboden en geïnterpreteerd, daar waar de patiënt de zorg ontvangt. Zó kan de patiënt samen met de huisarts een rationeel besluit nemen over het vervolgbeleid. ■

LITERATUUR

- 1 Van Vugt SF, Broekhuizen BD, Lammens C, Zuithoff NP, De Jong PA, Coenen S, et al., on behalf of the GRACE consortium. Use of serum C reactive protein and procalcitonin concentrations in addition to symptoms and signs to predict pneumonia in patients presenting to primary care with acute cough: diagnostic study. *BMJ* 2013;346:f2450.
- 2 Verheij TJ, Hopstaken RM, Prins JM, Salomé PhL, Bindels PJ, Ponsioen BP et al. NHG-Standaard Acuut hoesten (eerste herziening). *Huisarts Wet* 2011;54:68-92.
- 3 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Pneumonia: diagnosis and management of community-and hospital-acquired pneumonia in adults. Guideline development Group; 2014.

De rest van de literatuurlijst staat bij dit artikel op www.henw.org.



LITERATUUR

- 1 Van Vugt SF, Broekhuizen BD, Lammens C, Zuithoff NP, De Jong PA, Coenen S, et al., on behalf of the GRACE consortium. Use of serum C reactive protein and procalcitonin concentrations in addition to symptoms and signs to predict pneumonia in patients presenting to primary care with acute cough: diagnostic study. *BMJ* 2013;346:f2450.
- 2 Verheij TJ, Hopstaken RM, Prins JM, Salomé PhL, Bindels PJ, Ponsioen BP et al. NHG-Standaard Acut hoesten (eerste herziening). *Huisarts Wet* 2011;54:68-92.
- 3 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Pneumonia: diagnosis and management of community-and hospital-acquired pneumonia in adults. Guideline development Group; 2014.
- 4 Aabenhus R, Jensen JU, Jørgensen KJ, Hróbjartsson A, Bjerrum L. Biomarkers as point-of-care tests to guide prescription of antibiotics in patients with acute respiratory infections in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;11:CD010130.
- 5 Geersing GJ, Hopstaken RM, Riezebos RK. Van waarschijnlijkheidsdiagnose(s) naar de diagnose: theorie van het testen. In: Grundmeijer HG, Rutten GE, Damoiseaux RA. *Het Geneeskundig Proces. Klinisch redeneren van klacht naar therapie*. Vijfde druk. Amsterdam: Reed Business Education, 2014.
- 6 Minnaard. De CRP-sneltest bij lageluchtweginfecties. *Huisarts Wet* 2017;60:268-72.
- 7 Minnaard MC, Van de Pol AC, Hopstaken RM, Van Delft S, Broekhuizen BD, Verheij TJ, et al. C-reactive protein point-of-care testing and associated antibiotic prescribing. *Fam Pract* 2016;33:408-13.
- 8 Minnaard MC, Van der Zand J, Van de Pol AC, De Wit NJ, Schierenberg A, Hopstaken RM, et al. Analysis of recruitment in a pragmatic observational study on C-reactive protein point-of-care testing in primary care. *Eur J Gen Pract* 2016;22:219-24.
- 9 Hopstaken RM, Van Balen JAM, Kusters GCM. Samenvatting Richtlijn Point of care testing (POCT) in de huisartsenzorg. *Ned Tijdschr Geneesk* 2015;159:A9475.