

Obductie als laatste verwijzing vanuit de huisartsenpraktijk

F Oppewal, F Smedts, B Meyboom-de Jong

Inleiding

In de dagelijkse praktijk rijzen soms vragen over de oorzaak van het overlijden van een patiënt. Vooral bij acuut overlijden zijn belangrijke vragen: Waaraan overleed de patiënt? Heeft de arts iets over het hoofd gezien? Heeft de patiënt niet op tijd aan de bel getrokken of heeft de familie alarmsignalen gemist? Nader onderzoek is mogelijk door obductie van de overledene aan te vragen bij een klinisch patholoog. In de eerste lijn heeft nooit een cultuur bestaan van geregeld obductie aanvragen, hoewel juist huisartsen regelmatig te maken krijgen met een acuut sterfgeval van een patiënt zonder bijzonderheden in de voorgeschiedenis.¹ De afgelopen jaren zijn er voorstellen gedaan om obductie in de huisartsenpraktijk een vaste plaats te geven² en voor vergoeding in aanmerking te laten komen.³ Op lokaal niveau bestaan veelal

Samenvatting

Oppewal F, Smedts F, Meyboom-de Jong B. Obductie als laatste verwijzing in de huisartsenpraktijk. *Huisarts Wet* 2004;47(9):408-10.

Inleiding Wanneer roept een sterfgeval in de huisartsenpraktijk zodanige vragen op dat verwijzing naar de patholoog plaatsvindt?

Interventie Een protocol voor obductie in de eerste lijn werd geschreven en getoetst, waarbij vervoerskosten werden vergoed.

Uitkomsten Over een periode van 6 jaar werden 40 obducties (24 mannen) op verzoek van 31 van de 90 betrokken huisartsen verricht. Dit betekent dat er in de protocolregio drie- tot viermaal zoveel obducties op verzoek van de huisarts werden gedaan als in twee andere regio's. Meestal betrof het acuut overleden patiënten (85%) met cardiaal gerelateerde aandoeningen (65%). Er waren 5 sterfgevallen met directe, genetische consequenties voor de nabestaanden. De doodsoorzaak kon bij 4 overledenen (10%) niet vastgesteld worden.

Conclusie Wanneer het voor huisartsen gemakkelijker wordt obductie aan te vragen, overbelast dit de patholoog niet. Door obductie te laten verrichten bij (acuut) overleden patiënten kan de huisarts meestal de doodsoorzaak laten vaststellen, de kwaliteit van zijn handelen toetsen en nabestaanden beter begeleiden.

F. Oppewal, huisarts, dr. H. Brouwerstraat D 7, 9663 RK Nieuwe Pekela; dr. F. Smedts, klinisch patholoog te Winschoten; mw. prof.dr. B. Meyboom-de Jong, hoogleraar huisartsgeneeskunde Rijksuniversiteit Groningen.

Correspondentie: f.oppewal@worldonline.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

stilzwijgende afspraken over de financiële vergoeding tussen huisartsen, pathologen en ziekenhuizen. Via het regionaal pathologisch laboratorium kunnen huisartsen in Oost-Groningen een obductie aanvragen. De circa 40 huisartsen in het verzorgingsgebied van het Refaja ziekenhuis te Stadskanaal kregen door het transmuraal centrum een obductieprotocol aangeboden. In dit protocol, dat bij de eerste auteur opgevraagd kan worden, zijn de doelstellingen en de indicaties nader omschreven. De belangrijkste indicatie voor het aanvragen van een obductie was een onverwacht overlijden waarbij er vragen rezen over de doodsoorzaak of de aard van het primaire lijden. Een leeftijdsgrens werd niet gehanteerd. De enige contra-indicatie was een (vermoeden van) niet-natuurlijke dood. Voor de vervoerskosten was een regeling getroffen met de regionale ziektekostenverzekeraar. In dit artikel gaan we na of de doelstellingen van het protocol gehaald zijn.

De doelstellingen waren:

- ▶ inzicht verkrijgen (door de aanvrager) over de doodsoorzaak;
- ▶ toetsen van medisch handelen;
- ▶ opsporen van genetische aspecten die voor familieleden van belang kunnen zijn;
- ▶ verbeteren van gegevens ten behoeve van sterftestatistiek;
- ▶ verbeteren van gegevens ten behoeve van kankerregistratie;
- ▶ verbeteren van de begeleiding van nabestaanden in hun rouwproces.

Interventie

De eerste twee auteurs van dit artikel hebben het obductieprotocol geschreven, schriftelijk geïntroduceerd en op een aparte bijeenkomst aan de huisartsen gepresenteerd. Nadien is tijdens regionale klinische conferenties huisartsen gewezen op de mogelijkheid om te verwijzen voor een obductie en zijn casussen van obducties gepresenteerd.

De arts moest een aanvraagformulier invullen en de familie vragen de toestemming voor obductie met een handtekening te bekrachtigen. Over de periode 1996-2001 zijn de verrichte obducties onderzocht: twee jaar vóór en vier jaar na de introductie van het protocol. De obducties werden volgens de gebruikelijke pathologische procedure verricht; toxicologisch onderzoek (met name alcohol) was beperkt mogelijk.⁴ Hersenobductie werd gedaan als er volgens de patholoog een indicatie voor was. Het is niet gebruikelijk hiervoor apart toestemming te vragen.

Uitkomsten

In 6 jaar werden 40 obducties op verzoek van huisartsen verricht. De kenmerken staan in *tabel 1* vermeld. De reden voor de aanvraag

Wat is bekend?

- ▶ Acut overlijden bij een blanco anamnese roept vragen naar de doodsoorzaak op.
- ▶ Huisartsen vragen zelden obductie aan.

Wat is nieuw?

- ▶ Invoering van het protocol *Verwijzing voor obductie*, maakte het de deelnemende huisartsen gemakkelijker obductie aan te vragen.

was in de meeste gevallen (32 keer) de vraag naar de directe doodsoorzaak bij een acut overlijden. In de gehele onderzoeksperiode van 6 jaar zijn in de protocolregio 28 obducties gedaan, in 2 andere regio's respectievelijk 5 en 7. Op een totaal van de circa 90 huisartsen die in de regio Oost-Groningen werken, vroegen 31 huisartsen 40 obducties aan; 16 van hen behoorden tot de protocolregio. Zes huisartsen uit de protocolregio verwezen voor meer dan één obductie.

Eén keer was er sprake van een partiële obductie omdat hart en corneae al waren verwijderd voor donordoeleinden en één keer van een uitgestelde obductie na 7 dagen, omdat deze patiënt op vakantie elders in Europa acut was overleden. De obductie werd gemiddeld 1,7 dagen na het overlijden gedaan; het schriftelijke verslag was na een maand beschikbaar. Meestal was er direct na de obductie telefonisch overleg geweest tussen de patholoog en de aanvrager. Er vonden 11 hersenobducties plaats, maar deze leverden geen belangrijke bevindingen op die gerelateerd waren aan het overlijden.

Tabel 1 Kenmerken van huisartsobducties

Aantal	40	
Man	24	(60%)
Vrouw	16	(40%)
Gemiddelde leeftijd	50,2	
Spreiding leeftijd	1-83	
≥ 65 jaar	5	
Acut overlijden	32	(85%)
Cardiaal gerelateerd	26	(65%)
Erfelijke consequentie	5	
Hersenobductie	11	
Blanco anamnese	19	

De doodsoorzaken zijn weergegeven in tabel 2. Vier keer (10%) kon geen oorzaak voor het overlijden gevonden worden. Acht keer (20%) was er bij obductie een bijkomende bevinding die van belang geacht werd voor het primair onderliggende lijden. Het betrof maligniteit (3x), een tractus-digestivusbloeding (1x), aspiratie (1x), harttamponnade (2x) en een mogelijke intoxicatie met medicijnen (1x). Vijf keer werd een onderliggend lijden gevonden waarbij genetische aspecten van belang waren. Het ging om aritmogene rechterventrikeldysplasie (2x), hypertensieve obstructieve cardiomyopathie (1x), coronairsclerose op jonge leeftijd (1x) en polycysteuze nieren (1x).

Effecten

Wanneer het huisartsen gemakkelijker wordt gemaakt obductie aan te vragen, gaan zij dit ook vaker doen. Volgens de tweede auteur die als klinisch patholoog bij dit onderzoek betrokken was,

Tabel 2 Doodsoorzaken bij obductie voor huisartsen

Myocardinfarct	12
Cardiale insufficiëntie	5
Dubieus myocardinfarct	3
Myocarditis	2
Aritmogene rechterventrikeldysplasie	2
Hypertensieve obstructieve cardiomyopathie	1
Harttamponnade	1
Longembolie	3
Mesenteriale trombose	1
Longbloeding	1
Longcarcinoom	1
Sepsis	1
Pneumonie	1
Alcoholintoxicatie	2
Onbekend	4
Totaal	40

heeft dat niet tot een verzwaring van zijn taak geleid.

Uitgaande van gemiddeld 20-25 sterfgevallen per praktijk per jaar, zijn er in de beschreven periode 10.800-13.500 mensen overleden. In de regio overlijdt 54% van de patiënten thuis.⁵ Hoeveel sterfgevallen daarbij acut zijn, is niet onderzocht. Huisartsen vroegen voor thuis overleden patiënten vóór de invoering van het protocol in 0,35% van de sterfgevallen een obductie aan. Ná invoering van het protocol werd dit in 0,7% van de sterfgevallen gedaan. Vergeleken met 5-10% obducties vanuit de regionale ziekenhuizen, is de obductieaanvraag in de eerste lijn daarmee nog steeds een factor 10 lager.

De directe doodsoorzaak kon meestal bepaald worden waarbij het niet verrassend was dat cardiaal bepaalde aandoeningen het meest voorkwamen.⁶ Ischemisch hartlijden was de belangrijkste doodsoorzaak, maar er waren ook andere belangrijke oorzaken namelijk longembolie en intoxicatie. De vanuit de literatuur bekende en nogal eens niet herkende longembolie is daarbij een factor van belang.^{2,7} Een beroerte werd bij deze serie niet als doodsoorzaak gevonden, mogelijk omdat er meestal wel tijd is de patiënt met dergelijke pathologie naar de neuroloog te verwijzen. Sommige doelstellingen hebben we behaald: wij konden de doodsoorzaak achterhalen, het medisch handelen toetsen en aspecten van genetisch belang opsporen. Dat lukte maar ten dele voor het verbeteren van gegevens ten behoeve van sterftestatistiek.⁸ De B-doodsoorzaakverklaring ten behoeve van het CBS werd al ingevuld vóórdat de obductie-uitslag bekend was. Het bleek ook moeilijk betrouwbaardere gegevens voor kankerregistratie aan te leveren omdat huisartsen niet meedoen aan kankerregistratie.⁹ Theoretisch is het mogelijk dat de arts die de overlijdenspapieren invult later de definitieve doodsoorzaak nog aan het CBS doorgeeft, maar er zijn ons geen voorbeelden bekend dat dit in de praktijk gebeurt. De patholoog geeft de diagnose wel door aan het Pathologisch Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief (PALGA). Daarmee komen ook gegevens voor kankerregistratie beschikbaar. Overigens is het ook op het niveau van individuele doodsoorzaken belangrijk om nauwkeurig te registreren.⁸

Leerpunten

Het plotseling overlijden van een patiënt, kind of volwassene, vraagt om bezinning op de oorzaak van het overlijden, vooral bij

een blanco anamnese. Bij een gebeurtenis die zowel voor familie, arts als voor de naaste omgeving zo dramatisch is, is nader onderzoek geboden. De reden voor een arts om obductie aan te vragen is om een vraag beantwoord te krijgen. Meestal gaat het dan om de vraag naar de directe doodsoorzaak (bij een acuut overlijden). Veelal komt de huisarts niet verder dan 'Het zal het hart wel zijn geweest'. Verwijzing naar de patholoog levert het antwoord op dat dit inderdaad nogal eens het geval is, maar in 35% van onze serie was er een andere doodsoorzaak. Obductie levert soms ook bevindingen op van erfelijke aandoeningen die bij de familieleden nog niet bekend waren, maar voor hen wel consequenties hebben. Aritmogene rechterventrikeldysplasie is een bij artsen tamelijk onbekende aandoening,¹⁰ maar kwam in ons onderzoek twee keer voor en heeft voor familieleden grote consequenties omdat dit een erfelijke aandoening is. Mogelijk is dit een onderschatte doodsoorzaak bij onverwacht overleden jonge mensen. Sterfgevallen op jonge leeftijd met een myocardinfarct als doodsoorzaak hebben ook consequenties voor de nabestaanden. Vaatziekten zijn multifactorieel bepaald en een myocardinfarct op jonge leeftijd zou aanleiding moeten zijn risicofactoren op te sporen bij de nabestaanden en hun gezondheidstoestand te beoordelen.

De patiënt met polycysteuze nieren wist dat hij deze aandoening had en ook de consequenties hiervan voor de familieleden waren bekend. De andere bevindingen van genetisch belang kwamen voor het eerst bij de obductie naar voren.

Overigens betekent *een* oorzaak van overlijden die bij obductie gevonden wordt en die past bij de voorgeschiedenis, niet per se *de* doodsoorzaak in juridische zin.¹¹ In onze serie werd drie keer een obductie verricht nadat de forensisch arts geen aanwijzingen voor een onnatuurlijke dood had gevonden. Onverminderd blijft de schouwende arts uiteraard verantwoordelijk voor het besluit om in geval van niet-natuurlijk overlijden de gemeentelijke lijk-schouwer te waarschuwen.¹² Deze kan dan in overleg met de officier van justitie eventueel besluiten tot een gerechtelijke sectie. Omgekeerd dient de klinisch patholoog een gerechtelijk werkend patholoog te waarschuwen indien hij tijdens een obductie aanwijzingen vindt voor een misdrijf. Of het verschil in aantallen obducties tussen mannen en vrouwen betekenis heeft, zou nader onderzocht dienen te worden.¹³ Obductie nadat donormateriaal is weggenomen is goed mogelijk. In ons onderzoek gebeurde dit één keer; waarschijnlijk zou hier vaker aan gedacht kunnen worden.¹⁴

We dienen ons te realiseren dat de helft van de sterfgevallen in Nederland thuis plaatsvindt en daarmee in belangrijke mate de inhoud van de sterftestatistiek bepaalt. Obductie is gefaseerd onderzoek, vaak aangevuld met microscopisch, microbiologisch en eventueel toxicologisch onderzoek. Wanneer de resultaten van deze onderzoeken bekend worden, is de overledene al begraven of gecremeerd. Het is dan ook inherent aan deze procedure dat er fouten voorkomen in de sterftestatistiek omdat deze niet op morfologisch onderzoek gebaseerd zijn, maar op de vermoedens van de behandelende artsen. Wij vinden het een goede zaak

om naar analogie van het *sudden infant death syndrome* (SIDS) ook bij volwassenen het plotseling overlijden zonder klinisch duidelijke oorzaak met een acroniem te benoemen, SUDA: *sudden unexpected death in adults*.¹⁵

Door obductie van een acuut, onverwacht overleden patiënt te laten plaatsvinden kan de huisarts het verhaal van zijn patiënt afronden.^{16,17} Uiteindelijk kan hij de nabestaanden dan beter begeleiden en zijn eigen kwaliteit van handelen toetsen.¹⁸ Obductie is te vergelijken met een grenssteen: een markering van de overgang tussen leven en dood. De bezwaren en hindernissen voor het aanvragen van obductie zijn ons bekend.¹⁹ Obductie is ook geen doel op zich maar: 'Het kennen van de doodsoorzaak van mensen kan van uitzonderlijk belang zijn voor de gezondheid van hen die in leven zijn.'²⁰

Literatuur

- 1 Wabeke E. Obductie: wat kan de huisarts ervan leren? Huisarts Wet 1989;32:458-61.
- 2 Van Ingen G, Meijer CJLM. Obducties voor huisartsen en voor klinisch werkende specialisten; de indicaties onderzocht. Ned Tijdschr Geneesk 1994;138:767-70.
- 3 Bremer GJ. Obducties in de eerstelijnsgezondheidszorg, verpleeghuizen en zwakzinnigeninrichtingen. Ned Tijdschr Geneesk 1990;134:214-5.
- 4 Van Ingen G, Van Loenen AC, Meijer CJLM. Toxicologisch onderzoek bij obducties voor huisartsen. Pharm Weekbl 1994;129:953-5.
- 5 Oppewal F, Meyboom-de Jong B. Mortality in general practice. An analysis of 841 deaths during a two-year period in 17 Dutch practices. Eur J Gen Pract 2004;10:13-7.
- 6 De Vreede-Swagemakers JJ, Gorgels AP, Dubois-Arbouw WI, Van Ree JW, Daemen MJ, Houben LG, et al. Out-of-hospital cardiac arrest in the 1990s: A population-based study in the Maastricht area on incidence, characteristics and survival. J Am Coll Cardiol 1997;30:1500-5.
- 7 Thomas AC, Knapman PA, Krikler DM, Davies MJ. Community study of the causes of 'natural' sudden death. BMJ 1988;297:1453-6.
- 8 Westendorp RGJ. Dwalingen in de methodologie. VI. Doodsoorzaken in perspectief. Ned Tijdschr Geneesk 1998;142:1950-3.
- 9 Schadé E, Ilzermans CJ. Over de volledigheid van de voorgestelde kankerregistratie. Huisarts Wet 1985;28:171-3.
- 10 Van Daele MERM, Berger RMF, Smeets J, Hess J. Plotselinge dood bij jonge mensen door aritmogene rechterventrikeldysplasie. Ned Tijdschr Geneesk 1998;142:32-6.
- 11 Cordner SM. Deciding the cause of death after necropsy. Lancet 1993;341:1458-60.
- 12 Reijnders UJL, Das C, Soethout MBM, Van der Wal G. Artsen herkennen niet-natuurlijke dood onvoldoende. Med Contact 1999;54:1704-7.
- 13 Lagro-Janssen T. Een plaats om te sterven... voor man en vrouw gelijk? Huisarts Wet 1987;30:101-4.
- 14 Van Dijk EC, Bosman J, Groeneveld Y. Gemiste kansen, huisartsen hebben weinig oog voor weefseltransplantatie. Med Contact 2001;56:1803-5.
- 15 Lundberg GD, Voigt GE. Reliability of a presumptive diagnosis in Sudden Unexpected Death in Adults. The case for the autopsy. JAMA 1979;242:2328-30.
- 16 Spencer J. The dead do tell tales. Med J Australia 1994;161:229-30.
- 17 Van Rijssel TG. Het laatste consult. Ned Tijdschr Geneesk 1985;129:197-9.
- 18 Lipsky MS. Autopsy: role of the family physician. Am Fam Phys 1993;47:1605-9.
- 19 Oppewal F, Meyboom-de Jong B. Overwegingen van huisartsen bij het niet aanvragen van obductie. Een verslag van drie focusgroepen. Ned Tijdschr Geneesk 2003;147:1315-8.
- 20 Vandenbroucke JP. Het Centraal Bureau voor de Statistiek: de begraafplaats van onze doodsoorzaken. Ned Tijdschr Geneesk 1989;133:2112-4.