

De huisarts staat niet met lege handen

Theo Verheij

Lagere luchtweginfecties duren relatief lang en veroorzaken veel last. Behandeling van pneumonie kan het herstel aanzienlijk bespoedigen. De patiënt is dus gebaat bij adequate diagnostiek en behandeling.

Het artikel van Graffelman (pagina 185) beschrijft in hoeverre de huisarts kan inschatten of een patiënt een pneumonie heeft of niet. Eigen en enkele andere onderzoeken bevestigen bij herhaling dat men op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek waarschijnlijk geen goed onderscheid kan maken tussen acute bronchitis en pneumonie. Ook Hopstaken et al. (pagina 179) stellen dat met name auscultatie van de longen sterk overgewaardeerd wordt. Hoewel deze bevindingen appelleren aan klinische ervaringen uit de dagelijkse praktijk moeten er drie kanttekeningen worden gemaakt. De onderzoeken op dit terrein zijn relatief gering van omvang en daarom moeten we de uitkomsten met enige voorzichtigheid interpreteren. Ten tweede laten genoemde onderzoeken zich niet uit over de waarde van bevindingen waarbij er een duidelijk links-rechtsverschil is bij auscultatie. En ten derde moet men zich goed realiseren dat bepaalde bevindingen een longontsteking waarschijnlijk wel degelijk voorspellen, zoals bijvoorbeeld opgeheven ademgeruis aan een kant of een evident gedempte percussie. Het probleem is dat deze bevindingen maar weinig voorkomen en dat afwezigheid ervan een pneumonie niet uitsluit! Al met al moeten we auscultatoire afwijkingen zeker relativeren maar is het nog te vroeg om voortaan bij hoestende patiënten onze stethoscoop maar in de tas te laten. Te meer omdat hoestende patiënten ook onopgemerkte chronische longaandoeningen kunnen hebben waarbij auscultatoire afwijkingen zoals piepen en een verlengd expirium wel degelijk diagnostische waarde hebben.

Als anamnese en lichamelijk onderzoek ons inderdaad onvoldoende helpen, zou eenvoudig aanvullend onderzoek dan een pneumonie kunnen opsporen? Twee goede recente onderzoeken laten zien dat het bepalen van het C-reactive Protein (CRP) een toegevoegde waarde heeft als een patiënt klachten en symptomen heeft. Het is opmerkelijk dat Graffelman et al. die toegevoegde waarde nogal relativeren. Enerzijds lieten Hopstaken et al. op fraaie wijze zien dat patiënten die bepaalde symptomen niet hadden en een CRP-waarde hadden lager dan 20 maar 3% kans hadden op een pneumonie.¹ Anderzijds liet een Amerikaans onder-

zoek uit 2003 juist zien dat bij een sterk verhoogde CRP de kans op de aanwezigheid van pneumonie juist fors hoger is.² Of deze twee onderzoeken voldoende wetenschappelijke basis vormen om de CRP-test ook in de Nederlandse huisartsenpraktijk te gaan gebruiken is misschien nog niet helemaal duidelijk, maar het zijn zeker bemoedigende resultaten. Twee lopende onderzoeken naar de waarde van CRP in de huisartsenpraktijk, een in Maastricht en een in dertien Europese landen waaronder Nederland, zullen waarschijnlijk meer duidelijkheid verschaffen.

Intussen moeten we het huidige beleid in de huisartsenpraktijk ook kritisch bekijken. Hopstaken et al. concluderen dat huisartsen te veel antibiotica voorschrijven bij patiënten met lagere luchtweginfecties en dat ze de diagnose pneumonie vaak ten onrechte stellen. Een streng oordeel en wellicht te streng. Het uitgangspunt was dat antibiotica alleen geïndiceerd zijn bij patiënten met de diagnose pneumonie. Er is echter bij ouderen onvoldoende onderzoek gedaan (liever gezegd géén onderzoek!) om te stellen dat het in die leeftijdsgroep per definitie onjuist is om acute bronchitis met antibiotica te behandelen. Totdat er meer wetenschappelijke gegevens zijn over de effecten van antibiotica bij bijvoorbeeld ouderen met relevante chronische aandoeningen zoals diabetes en hartfalen is er onvoldoende grond om huisartsen te bekritisseren die deze categorie patiënten een kuurtje voorschrijven. Dat wil natuurlijk niet zeggen dat er geen overbehandeling bestaat. Enkele jaren geleden is er ook al onderzoek gedaan naar over- en onderbehandeling van lagere luchtweginfecties in de Nederlandse huisartsenpraktijk. Uitgaande van de NHG-Standaard Acut hoesten vonden Akkerman et al. dat 63% van de patiënten met acute bronchitis een antibioticum kregen, terwijl dat volgens de standaard niet geïndiceerd was.³ Zelfs in Nederland, waar de eerste lijn relatief weinig antibiotica voorschrijft, valt er nog wel wat te verbeteren. De in deze H&W gepubliceerde artikelen leveren daaraan een bijdrage. Waar de wetenschap nog met onbeantwoorde vragen zit, blijft de huisarts zeker niet met lege handen achter. Het klinisch oordeel van de huisarts is in de meeste onderzoeken een heel goede voorspeller van de aanwezigheid van relevante aandoeningen en de stethoscoop kan daarbij zeker helpen.

Literatuur

- 1 Hopstaken RM, Muris JW, Knottnerus JA, Kester AD, Rinkens PE, Dinant GJ. Contributions of symptoms, signs, erythrocyte sedimentation rate, and C-reactive protein to a diagnosis of pneumonia in acute lower respiratory tract infection. *Br J Gen Pract* 2003;53:358-64.
- 2 Flanders SA, Stein J, Shochat G, Sellers K, Holland M, Maselli J, et al. Performance of a bedside C-reactive protein test in the diagnosis of community-acquired pneumonia in adults with acute cough. *Am J Med* 2004;116:529-35.
- 3 Akkerman AE, Kuyvenhoven MM, Van der Wouden JC, Verheij TJ. Determinants of antibiotic overprescribing in respiratory tract infections in general practice. *J Antimicrob Chemother* 2005;56:930-6.

Auteursgegevens

Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde, UMC Utrecht, Postbus 85660, 3500 AB Utrecht: prof.dr. Th.J.M. Verheij, hoogleraar huisartsgeneeskunde.

Contact: th.j.m.verheij@umcutrecht.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.