

‘De klinische blik van de huisarts is een goed diagnostisch middel’

Afgelopen winter promoveerde Saskia van Vugt op haar proefschrift *Caring for cough. Guiding diagnosis in primary care*. In een interview vertelt ze over haar onderzoeksbevindingen die van belang zijn voor het werk van de huisarts.

Opmaat naar het onderzoek

‘In mijn laatste stage tijdens de opleiding ging ik werken in een huisartsenpraktijk in Mongolië en daar kreeg ik longontsteking’, vertelt Van Vugt. ‘De artsen daar zeiden dat dit kwam omdat ik ging hardlopen bij min twintig graden Celsius, maar dat geloofde ik natuurlijk niet. Wel was ik heel erg ziek; ik kwam zelfs op de Intensive Care terecht en lag daar aan de beademing. Uiteindelijk moest ik terug naar Nederland. Dus toen mijn studiebegeleider aan mij vroeg of ik dit promotieonder-

zoek wilde doen was dat met een knipoog: “Jij weet nu immers alles van hoestklachten!” In elk geval had ik afiniteit gekregen met het onderwerp en was ik geïntrigeerd: zou ik die pneumonie in Mongolië zelf hebben kunnen ontdekken als ik meer over hoestklachten had geweten?’

Het onderzoek van Van Vugt richtte zich alleen op de diagnostiek bij hoestklachten. ‘Bij het grote Europese onderzoek waarbij ik betrokken was, ging het ook om het effect van antibiotica, maar dat onderdeel is in Engeland opgepakt. Ik heb mij vooral gericht op: hoe haal je in je diagnostiek de longontsteking eruit?’

Op 't oog diagnosticeren

Van Vugt bekeek als eerste de effectiviteit van de ‘klinische blik’ van de huisarts. ‘Die bleek heel aardig te werken. Als de huisarts denkt dat er geen sprake is van een longontsteking, is de kans erg groot dat hij het bij het rechte eind heeft: in 96% van de gevallen was er dan inderdaad geen pneumonie. Anderzijds, als de huisarts denkt dat er wel sprake is van een longontsteking, dan is de kans 60% dat hij het juist heeft en dat is nog steeds behoorlijk goed. En al zit de huisarts er wel eens naast, dan is het nog maar de vraag hoe erg dat eigenlijk is. We zagen dat als de huisarts de diagnose miste, er sprake was van veel minder ernstige klachten. En als de patiënt zeker wordt, belt die heus wel weer op en krijgt de huisarts een “nieuwe kans”. Maar het is dus wel belangrijk om altijd tegen je patiënten te zeggen dat ze terug moeten komen als de klachten verergeren. In Nederland komt het vervolgens eigenlijk altijd alsnog wel goed; behalve ouderen en zwakkeren overlijden mensen hier niet meer zo maar aan de gevolgen van een longontsteking. Van de meer dan drieduizend patiënten die in dit onderzoek zijn geïnccludeerd is niemand overleden en slechts 0,5% is uiteindelijk in het ziekenhuis opgenomen.’

Geringe waarde CRP en PCT

Dat gezegd zijnde onderzocht Van Vugt vervolgens de toegevoegde waarde van

de CRP-test. ‘Dat is natuurlijk een hartstikke leuk testje, maar wat levert ons dat nou extra op boven de anamnese en het lichamelijk onderzoek? Eerder onderzoek liet tegenstrijdige resultaten zien en had bovendien wat methodologische bezwaren. Wij hebben nu in een heel grote groep patiënten aangetoond dat het alleen zin heeft om het CRP te bepalen als je als huisarts twijfelt over de diagnose, dus bij “het grijze gebied”. In andere gevallen voegt het CRP weinig toe aan je diagnostiek via anamnese en lichamelijk onderzoek. Wel is de CRP-test een instrument dat je kunt gebruiken in je verhaal naar de patiënt toe als je die ervan wilt overtuigen dat een antibioticumkuurtje niet nodig is. Patiënten vinden het prettig om een testje te krijgen. Dus in het terugdringen van het antibioticagebruik kan de CRP-test zeker een bijdrage leveren; dat is in eerder onderzoek al aangetoond.’

Van Vugt onderzocht ook de toegevoegde waarde van een procalcitonine-test, ook al wordt deze in Nederland vrijwel nooit gebruikt. ‘In Scandinavië wordt deze PCT-test vaak ingezet en daar zeggen ze dat die heel goed zou zijn. Maar we hebben in ons onderzoek aangetoond dat de test in onze populatie hoesters geen aanvullende waarde heeft.’

Een gouden standaard?

De diagnoses werden in dit onderzoek steeds gecontroleerd met een thoraxfoto, maar Van Vugt stelt vraagtekens bij de foto als ‘gouden standaard’ in de diagnostiek. ‘Die gouden standaard heeft in elk geval een tinnen randje, want ook de foto zit er soms naast bij het aantonen van een pneumonie. Een CT-scan is betrouwbaarder, maar het is natuurlijk niet kosteneffectief om die bij elke patiënt met een mogelijke pneumonie in te zetten. Hoe dan ook, huisartsen gebruiken de thoraxfoto nou eenmaal als gouden standaard en sturen bij twijfel aan de diagnose hun patiënten in voor een foto. Maar er is nooit goed onderzoek gedaan naar de waarde van de foto en dat moeten we ons wel realiseren bij het interpreteren van onze onderzoeksresultaten.’



Simpele diagnostiek

Van Vugt heeft ook vraagtekens bij het gebruik van gecompliceerde rekenformules en formules die de huisarts als diagnostisch middel zou kunnen inzetten. 'Als het te ingewikkeld wordt haken de meeste huisartsen af en dat is zonde. Algoritmes of stroomschema's werken meestal wel goed, want die kun je in een paar seconden doorlopen. Daarom hebben we geprobeerd om een zo simpel mogelijk schema te maken voor het voorspellen van pneumonie, maar dat bleek toch lastig. Ik denk dan ook niet dat huisartsen het door mij ontwikkelde beslissingsmodel op grote schaal zullen gaan gebruiken.'

Overigens heeft Van Vugt de diagnostiek van pneumonie eenvoudiger proberen te maken door het model samen te vatten in een ABC'tje: **A**bseⁿce of runny nose, **B**reathlessness, **C**rackles, **D**iminished vesicular breathing, **E**levated pulse and **F**ever.

Aandeel astma en COPD

'We hebben ook gekeken naar het voorkomen van astma en COPD onder de patiënten met acute hoestklachten, omdat er weinig bekend was over het aandeel van die aandoeningen', vertelt Van Vugt. 'Het meeste onderzoek op dit gebied was gedaan bij mensen die al heel langdurig hoestten. Het zou interessant zijn als je de mensen met astma en COPD eruit zou kunnen pikken bij korter durende hoestklachten, omdat zij gebaat zijn bij het tijdig inzetten van inhalatietherapie of zelfs tabletten met corticosteroiden.'

Helaas bleek dit minder gemakkelijk dan de onderzoekers hadden gehoopt. 'We hebben spirometrie ingezet bij onze onderzoekspopulatie en ontdekten zo wel een aanzienlijk aantal nog niet bekende patiënten met astma of COPD. Maar om die mensen eruit te vissen alleen op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek bleek toch wel heel erg lastig. De allang bekende factoren, zoals roken en recidiverende hoest- en piepklachten, bleken ook hier van invloed. Ook hier geldt dus weer: als de hoestklachten aanhouden, moet je de patiënt laten terugkomen.'

Eigen beleid

Heeft Van Vugt haar beleid in de spreekkamer veranderd naar aanleiding van haar eigen onderzoeksbevindingen? 'Dat kan ik op die manier niet zeggen, want ik was nog geen huisarts voordat ik aan mijn onderzoek begon. Maar wel doe ik het misschien een beetje anders dan andere huisartsen. Sowieso ben ik erg bevlogen als het gaat om het ontraden van antibiotica, al denk ook ik soms aan het eind van de dag als ik moe ben en de zoveelste patiënt om antibiotica vraagt: oké, dan krijg jij een kuurtje! Maar ik ontraad dat wel vaker dan andere huisartsen. Ook denk ik dat ik bewuster de CRP-test gebruik. Omdat zo duidelijk uit ons onderzoek bleek dat de huisarts het meestal wel goed heeft als hij denkt dat een pneumonie onwaarschijnlijk of juist heel waarschijnlijk is, durf ik het meestal ook zonder CRP wel af.'

Antibiotica en prognose

In haar proefchrift vraagt Van Vugt zich af of antibiotica wellicht deels kunnen worden voorgeschreven op basis van prognostiek in plaats van alleen de diagnose. 'We zijn als dokters opgevoed en dus sterk geneigd om te behandelen op basis van een diagnose. Maar wellicht zijn er ook andere factoren waardoor sommige patiënten wel of niet baat hebben bij antibiotica. Het zou interessant zijn als we dat konden voorspellen. Bij welke patiënten zullen de klachten heel lang aanhouden of verergeren en bij wie is een gecompliceerd beloop te verwachten? Ook hiervoor zou je een voorspellingsmodel moeten ontwikkelen, bijvoorbeeld voor mensen die in het ziekenhuis opgenomen zijn geweest, langer dan vier weken hoesten of ernstige klachten hebben. Met onze gegevens kan dat worden onderzocht. Ik ben benieuwd wat daarvan de resultaten zijn.'

Na de promotie

Van Vugt heeft na haar promotie een aantal maanden als arts gewerkt in Zuid-Afrika. Vervolgens heeft ze recentelijk ook haar huisartsopleiding afgerond – twee dagen voor het interview

plaatsvond om precies te zijn! Wat zijn haar verdere plannen? 'Ik werk nu één dag per week als vaste waarnemer en ben me aan het oriënteren op wat ik daarnaast wil en kan gaan doen. Ik ben nog bezig met het afronden van een artikel over hoestklachten als nasleep van mijn promotieonderzoek. En dan heb ik nog twee kleine kinderen die me ook flink bezig weten te houden!'

Zou Van Vugt ook overwegen om nog weer onderzoek te gaan doen? 'Ja, ik zou wel weer onderzoek of iets op het gebied van wetenschap in het algemeen willen doen. Na mijn promotieonderzoek heb ik daar niet meer zo veel mee te maken gehad en het gaat langzaam weer kriebelen. In elk geval wil ik iets naast de patiëntenzorg gaan doen, maar ik weet nog niet in welke vorm. Ik realiseer me nu wel de meerwaarde die mijn promotieonderzoek me heeft gegeven. Ik neem niets zomaar meer aan. Soms zie ik dingen in de praktijk waarvan ik denk: wat is daarvan nou bewezen? En anderzijds zie ik onderzoek waarvan ik denk: zo gaat dat niet werken in de praktijk. Door de combinatie van wetenschap en praktijk ontstaat een soort brugfunctie. En die is heel nuttig om enerzijds de huisartsgeneeskunde meer evidence based te maken en anderzijds de evidence toepasbaar te maken voor de dagelijkse praktijk. Ik zou die brugfunctie dus wel graag willen onderhouden!' ■

Ans Stalenhoef