

Robert Willemsen

huisarts-onderzoeker, CAPHRI
school for Public Health and Pri-
mary Care, Maastricht University

Erik Stolper

huisarts-onderzoeker, CAPHRI,
Maastricht University en Depart-
ment of Primary and Interdiscipli-
nary Care, University of Antwerp

Yvonne van Leeuwen

huisarts, hoofddocent vakgroep
huisartsgeneeskunde, Maastricht
University

CASUS MOUNTAINBIKER TOONT DAT 'ZEKERHEID' VALKUIL IS

Twijfelen aan diagnose is goed

Als een arts eenmaal vraagtekens zet bij zijn werkdiagnose, is het juiste antwoord vaak snel gevonden. Het wordt pas riskant als er helemaal geen twijfel is. Dat laten Maastrichtse huisarts-onderzoekers zien aan de hand van de casus van een 44-jarige mountainbiker.

Een 44-jarige, niet-rokende man werkt in de bouw en fietst regelmatig fanatiek met een groepje vrienden. In 2004 constateert de longarts een inspanningsdyspneu, waarvoor kortdurend inhalatiemedicatie wordt voorgeschreven. Verder is hij gezond en bezoekt hij zelden de huisarts.

In augustus 2011 consulteert hij de huisarts vanwege sinds anderhalf jaar regelmatig hoesten en groen slijm opgeven. Hij is kortademig bij het sportfietzen en heeft het idee dat 'zijn luchtwegen nooit helemaal open zijn'. De huisarts denkt aan een verergering van (inspannings)astma. Er volgen een spirometrie en een thoraxfoto, beide zonder afwijkingen. Op 31 augustus

worden de uitslagen aan patiënt medegedeeld en dan beschrijft hij zijn benauwdheid als pijnlijk. Ook vermeldt hij 'angst een hartinfarct te krijgen', met name bij het op kop fietsen.

Pijn in de longen

De werkdiagnose inspanningsastma blijft staan en er wordt fluticason met salmeterol voorgeschreven. Op 22 september meldt patiënt dat hij hierdoor meer lucht heeft. Op 4 oktober belt hij de huisarts echter omdat er weer makkelijk slijm opkomt en omdat 'zijn longen pijn doen'. De longarts wordt hierop diezelfde maand nog geconsulteerd en die concludeert dat er sprake is van astma. De anamnese is passend, de spirometrie is nu licht obstructief, bij een histamineprovo-

catietest wordt een bronchiale hyperreactiviteit gezien en patiënt vertelt baat te hebben bij fluticason/salmeterol. Dit medicament wordt door de longarts vervangen door formoterol/beclometason in verband met keelpijn. Er wordt nystatine op verdenking van een orofaryngeale schimmel bijgegeven. Op 23 november wordt in verband met aanhoudende keelpijn en heesheid het gebruik van formoterol/beclometason





HOLLANDSE HOOGTE

De patiënt vermeldt 'angst een hartaanval te krijgen', met name bij het op kop fietsen

gestaakt. De kuur nystatine wordt herhaald. De keelklachten verbeteren daarop sterk en er wordt alleen salmeterol herstart. Eind december komt patiënt nog langs bij de huisarts in verband met druk op de borst bij inspanning en wederom keelklachten. Er worden trainingsadviezen bij inspanningsastma gegeven en er wordt verwezen naar de kno-arts. In januari collabeert patiënt tijdens het mountainbiken en er volgt een niet

geslaagde reanimatie. Bij obductie wordt een hypertrofische (obstructieve) cardiomyopathie (HOCM) gezien alsmede een atherosclerotische stenose van 90 procent in de ramus descendens anterior van de linker coronair arterie (LAD). Een infarctgebied in het myocardweefsel is er niet. De doodsoorzaak is naar alle waarschijnlijkheid ventrikelfibrilleren geweest, ontstaan in de pathologisch veranderde en ischemische linkerventrikel.

Het klinisch beeld voor overlijden, bestaande uit kortademigheid, pijn op de borst en pijn in de halsregio, blijkt dus terug te voeren op een symptomatische stenose in de LAD en een mogelijk bemoeilijkte uitstroom van bloed uit de linkerventrikel door de HOCM. Inspanningsastma lijkt hooguit in geringe mate te hebben bijgedragen aan de klachten.

Diagnostisch proces

Naar schatting is zo'n 10 tot 15 procent van onze diagnoses niet juist.¹ Doorgaans wordt er tijdig bijgestuurd, maar soms zijn er ernstige consequenties, zoals in deze casus. De behandelend huisarts van de overleden patiënt heeft de casus aan ons voorgelegd, met het voorstel om een artikel te schrijven over de lessen die eruit te leren zijn. Daartoe zullen we eerst enkele kenmerken van het diagnostisch proces beschrijven.

De anamnese vormt voor huisartsen de belangrijkste informatiebron, belangrijker dan het lichamelijk onderzoek.² Klassieke lijstjes met symptomen vormen de basis voor het analytisch denken en het opstellen van een differentiaaldiagnose. Een complicerende factor hierbij is dat een ziekte zich regelmatig anders presenteert dan in het tekstboek staat.³ Een belangrijk deel van het diagnostisch oordeel is geënt op minder tastbare, onbewust verlopende zaken. Ten eerste wordt er zelden van begin tot eind analytisch gewerkt. De analytische aanpak wordt namelijk veelal kortgesloten door patroonherkenning; op basis van enkele symptomen worden patronen van ziektes, ook wel ziektescripts

genoemd, herkend.⁴ Patroonherkenning verhoogt de efficiëntie, maar leidt soms tot fouten. Ten tweede maakt de arts gebruik van het pluis-/niet-pluisgevoel.⁵ Dat kan van grote waarde zijn. Er is bijvoorbeeld gebleken dat het niet-pluisgevoel van de huisarts of van de ouders een belangrijke voorspeller is voor een ernstig beloop van een infectie bij kinderen. Deze 'abstracte' voorspeller bleek zelfs minimaal even sterk als klassieke alarmtekens (sufheid, tachypnoe).⁶

Verder integreren huisartsen diverse contextfactoren, voornamelijk gebaseerd op voorkennis over patiënten, in hun diagnostische afwegingen.⁷ En ook eerder gemaakte fouten beïnvloeden het denkproces. Ten slotte is de interactie tussen arts en patiënt een belangrijke determinant in het diagnostisch redeneren. Zo draagt een goede arts-patiënt relatie bij aan het tijdig oppikken van alarmsignalen.⁸

Fouten voorkomen

Hoewel het diagnostisch denkproces wetenschappelijk goed in beeld is gebracht, zijn maatregelen om fouten in de diagnostiek te voorkomen maar matig succesvol gebleken.¹⁻⁹ Medio 2012 verscheen er in Medisch Contact een artikel over het voorkómen van diagnostische denkfouten, met name door een snelle maar onterechte patroonherkenning te vermijden.¹⁰ De auteurs presenteerden een checklist om diverse soorten denkfouten (bias) in de diagnosevorming te vermijden. De lijst helpt om uit te zoeken waarom in onze casus de klachten van de patiënt uitsluitend pulmonaal werden geduid: er werd te snel een definitieve conclusie getrokken en de arts stond niet meer open voor nieuwe informatie. Aanvullend specialistisch onderzoek en het tijdelijk effect van een therapie versterkten de arts in de (achteraf foutieve) diagnose. In de psychologie wordt hiervoor het begrip *confirmation bias* gehanteerd: alleen informatie die de hypothese ondersteunt, wordt toegelaten. Er is dan sprake van tunnelvisie.

Of het gebruik van de biaschecklist ook tot minder diagnostische fouten leidt, is niet onderzocht. Bij elke diagnostische beslissing de lijst erbij pakken, is bovendien niet uitvoerbaar. Alleen bij twijfel over de diagnose is het zinvol deze lijst te gebruiken. Vaak is echter juist het ontbreken van twijfel een belangrijke oorzaak voor het te lang vasthouden aan een foutieve werkdiagnose.

Sportieve man

Na overleg met de behandelend huisarts over de casus kunnen we een aantal conclusies trekken over diens denkproces. Allereerst bleef de huisarts vasthouden aan het door hem veronderstelde patroon van astma. Daardoor dacht hij niet aan een cardiale oorzaak, ondanks aanwijzingen als pijnklachten in de hals- en borststreek. Die veroorzaken geen niet-pluisgevoel, omdat de huisarts zich vooral liet leiden door de klacht van hoesten met sputumopgave, de bevindingen van de longarts en het gegeven dat de klachten afnamen naarmate de inspanning langer duurde. Ten tweede had de huisarts vanuit zijn contextkennis van de patiënt het beeld opgebouwd van een gezonde, sportieve man met 'slechts wat astmatische klachten'. Achteraf zei hij hierover: 'ik heb op één moment gedacht: als je niet beter wist, zou je denken dat deze patiënt een hartinfarct heeft'. Ten derde, zo bleek achteraf ook hetero-anamnestic, liet deze patiënt niet snel het achterste van zijn tong zien. De huisarts erkende dat dergelijke trekken hem zelf ook niet geheel vreemd zijn. In de interactie tussen arts en patiënt was hierdoor minder plaats voor uitingen van ongerustheid en voor explicitering van klachten en de beleving daarvan. De patiënt leek de pulmonale duiding door de huisarts in zijn eigen woordkeuzes over te nemen. Zo sprak hij aanvankelijk nog over angst voor 'een hartinfarct', maar later over pijn in de longen. Zijn achterliggende gedachten werden niet verder uitgesproken of uitgevraagd.

De anamnese vormt voor huisartsen de belangrijkste informatiebron

Twijfel toelaten

Waar had dit denkproces nu achteraf gecorrigeerd kunnen worden? Een aantal essentiële onderdelen van het diagnostisch denkproces – bijvoorbeeld het negeren van de aanvankelijk door de patiënt gemelde angst voor een hartinfarct – spelen zich af in diepere lagen van het bewustzijn en verlopen automatisch. Deze zijn dus niet gemakkelijk te herkennen.

Deze casus laat echter zien dat de gevolgen van het foutief verlopende denkproces wél goed te herkennen zijn: de hoge contactfrequentie, het matige therapieresultaat en het trage beloop. Die factoren hadden een signaal voor de huisarts kunnen zijn om te twijfelen aan de werkdiagnose en breder te denken. Weliswaar lijdt ook het signaleren van deze consequenties onder de tunnelvisie, maar toch zijn het elementen die makkelijker op te pikken zijn dan abstracte denkfouten als ‘zo’n fitte man

Het matige therapieresultaat en het trage beloop hadden een signaal voor de huisarts kunnen zijn

krijgt geen hartaanval’. Het zijn niet te negeren puzzelstukjes, die niet goed passen in de werkhypothese. Achteraf gaf de huisarts aan dat deze signalen hem irriteerden en dat hij zich even had afgevraagd waarom de patiënt toch zo’n last bleef houden. Erkenning

van niet bij de werkdiagnose passende elementen en van ongeduld hierover bij de behandelaar zelf, kunnen het gevoel van zekerheid aan het wankelen brengen. Goed gedoseerde twijfel kan een nuttig diagnostisch instrument zijn om meer diagnoses in overweging te nemen – bijvoorbeeld ‘diagnoses die zeker niet gemist mogen worden’ – of om een collega te consulteren. De behandelend huisarts vatte het als volgt samen: ‘vóór dit incident was ervaring voor mij gelijk aan zekerheid. Nu is ervaring meer het vermogen om te kunnen zeggen: daar denken we nog even over.’ ■

contact

robert.willemsen@maastrichtuniversity.nl
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld

web

De voetnoten vindt u bij dit artikel via medischcontact.nl/artikelen.

PRAKTIJKPERIKEL

EEN LACHERTJE

Als je de 70 bent gepasseerd is een medische keuring verplicht om je rijbewijs te kunnen vernieuwen. Prima natuurlijk. In mijn geval werd ik begroet door een senior arts... en zijn hond. Op zijn zachtst gezegd toch wel opmerkelijk. Mijn ogen werden getest, evenals de urine. Tot zover niets mis. ‘Wat is uw bloeddruk?’ De door mij opgegeven getallen werden klakkeloos genoteerd en dus niet gecontroleerd. Mijn identiteit trouwens ook niet! ‘Ik ga even uw geheugen testen: appel, peer, banaan; kunt u dat nazeggen?’ Het lukte zowaar. De keuring was voltooid.

Onnodig te zeggen dat een dergelijke medische test een lachertje is.

Maar wat veel erger is: u en ik kunnen zo te maken krijgen met weggebruikers die bijvoorbeeld niet meer snel genoeg reageren of wegens hoge bloeddruk meer kans hebben op een beroerte achter het stuur.

Bovenstaande ervaring maakt mij erg ongerust. Bij een medische keuring zou toch ook een verplichte rijvaardigheidstest moeten horen. Voor uw en mijn veiligheid.

Een zinvolle taak voor het CBR of de ANWB.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl