

Marcel Levi is internist en sinds 1 januari 2017 CEO van het University College London Hospitals (UCLH). Daarvoor was hij bestuursvoorzitter van het AMC.

## Marcel Levi

Ik ben natuurlijk blij, maar ook hevig verward



VINCENT BOON

### Check-up

**M**ijn broer heeft een topfunctie in het bedrijfsleven en bij het pakket aan secundaire arbeidsvoorwaarden hoort dan kennelijk een periodieke medische check-up. En ondanks mijn jaarlijkse luide protesten gaat hij daar dan toch naartoe. Iedereen die zich wat heeft verdiept in de zin en onzin van medische keuringen bij gezonde mensen, totalbodyscans en andere frivole check-ups weet dat het hier in vrijwel alle gevallen om flauwekulgeneeskunde gaat. Een gunstige uitslag van de check-up of scan geeft een valse garantie op gezondheid die ook nog eens zo ongeveer vervalt bij de drempel van het keuringsstation. Een goede keuringsuitslag is daarnaast niet zelden bijna een aanmoediging vooral te volharderen in een ongezonde leefstijl, waarbij de totale check-up een soort moderne aflat is voor een vanuit gezondheidsoogpunt zondig leven. Nog erger zijn de foutpositieve testuitslagen. Incidentalomen op scans of bij labuitslagen leiden tot een eindeloze reeks aanvullende diagnostiek met navenante belasting van de gezondheidszorg, aanzienlijke kosten en soms zelfs tot ziekte, door noodzakelijk geachte invasieve follow-up met daarbij behorende risico's. Om maar te zwijgen van de enorme nodeloze stress en bezorgdheid die dit alles veroorzaakt. Uiteraard allemaal zonder enige netto-gezondheidswinst. En dat een middels check-up of bodyscan vastgestelde vroege diagnose van nog asymptomatische ziekte leidt tot een betere uitkomst klinkt wel aardig maar is in veel gevallen een onbewezen belofte. Kortom, bij een nuchtere en evidence-based benadering van de geneeskunde houd je routinekeuringen, totalbodyscans en random scans zoveel mogelijk buiten de deur.

En ja hoor, bij mijn broer werd bij zijn keuring op een echo van de lever een kleine afwijking gevonden. Ik schamperde dat het wel om een focale non-steatose of hemangioom of iets anders onschuldigs zou gaan, maar inmiddels was de reguliere medische locomotief lekker op stoom gekomen, met achtereenvolgens een leverscan, een forse batterij aan labtesten, een MRI, een vierfasen-CT-scan (wegens een mogelijk artefact op de MRI), nog een scan, en nog eens een rondje lab. Typisch voorbeeld van waar het vinden van een incidentaloom toe kan leiden... toch?

Inmiddels is mijn broer geopereerd en is een groot deel van zijn lever verwijderd in verband met wat een cholangiocarcinoom bleek te zijn. Gelukkig een radicale resectie van een kleine tumor en een gunstige prognose, een zeldzaamheid bij cholangiocarcinomen in een later stadium.

Ik kan er niet omheen dat de door mij als nutteloos beoordeelde echo bij zijn keuring hem een dodelijke ziekte heeft bespaard. En behalve dat ik natuurlijk heel blij ben met deze afloop, ben ik nu ook hevig verward. Want ik ben eigenlijk nog steeds geen voorstander van medische check-ups, maar deze ene heeft wel het leven van mijn broer gered.

Het dilemma is wellicht dat dingen die niet goed zijn voor een groep soms wel goed zijn voor een individu. Of andersom, dat het succes bij één patiënt alleen bereikt wordt 'ten koste' van tientallen andere patiënten. We hebben het er als dokters maar mee te doen. En droge termen als *number needed to treat* helpen niet echt bij deze dilemma's, want in de spreekkamer is het *number needed to treat* altijd 1. ■