

Testen om gerust te stellen

Wanneer de huisarts op basis van symptomen en klinische tekens bij een patiënt oordeelt dat de kans op een ernstige diagnose een bepaalde graad van waarschijnlijkheid (de actiedrempel) bereikt heeft, stelt hij een behandeling in of verwijst hij de patiënt door naar een volgend echelon¹. Zo zullen bijvoorbeeld hartpatiënten met acute pijn op de borst meteen naar de spoedgevallendienst doorverwezen worden. Patiënten consulteren de huisarts echter vaker met een breed gamma van klachten die meestal niet veroorzaakt worden door een ernstige aandoening of die medisch zelfs niet te verklaren zijn. Een observationele studie toonde aan dat medisch onverklaarde klachten tot 13% van de consultaties bij de huisarts uitmaken². Wanneer de arts oordeelt dat de kans op een ernstige diagnose eerder onwaarschijnlijk is (of de uitsluitingsdrempel bereikt heeft), zou hij de patiënt meteen kunnen geruststellen¹. Toch vragen artsen in dergelijke gevallen nog vaak bijkomende diagnostische testen aan. Medisch onverklaarde klachten zouden de kans op het aanvragen van bijkomend diagnostisch onderzoek tijdens de consultatie zelfs verdubbelen².

Een recente systematische review wou nagaan of patiënten met klachten met een lage voorkans op een ernstige ziekte, door bijkomende diagnostische testen meer gerustgesteld kunnen worden³. De reviewers vonden 14 RCT's die een diagnostische test vergeleken met de gebruikelijke zorg of een empirische behandeling. In het totaal ging het om 3828 patiënten die kloegen van dyspepsie (N=8), lage rugpijn (N=3), hoofdpijn (N=1), hartkloppingen (N=1) of pijn op de borst (N=1). De diagnostische testen die artsen aanvroegen waren respectievelijk gastroscopie, radiografie van de rug, MRI van de schedel en EKG. De meeste studies vonden plaats in de eerste lijn. Drie studies die de invloed op ziekte-angst onderzochten, konden geen significant effect van bijkomende testen aantonen. In 10 studies zag men op lange termijn geen afname van persisterende symptomen. Na pooling van 9 studies was er wel een kleine afname in aantal nieuwe consultaties, maar de NNT om één extra consultatie te vermijden varieerde dan weer van 16 tot 26, afhankelijk van het symptoom.

In een poging om het verrassende uitblijven van positieve resultaten in verband met geruststelling te verklaren, verwijzen de auteurs naar de tijdelijkheid van emotionele verlichting bij het horen van een negatief testresultaat in tegenstelling tot een duurzamere cognitieve verlichting na het krijgen van kwaliteitsvolle gezondheidsvoorlichting. Het volatiele karakter van geruststelling op basis van negatieve resultaten van diagnostische testen werd in vroegere studies reeds aangetoond⁴. Daarentegen streeft gezondheidsvoorlichting op lange termijn naar 'patient empowerment'. De informatieverlening uit zich onder meer in het remediëren van verkeerde opvattingen in verband met ziekte en van een verkeerde inschatting van de waarde van diagnostische testen, alsook in het informeren over de meestal gunstige evolutie van veel klachten wanneer alarmsymptomen uitgesloten zijn. Na goede informatie kan de arts dan samen met de patiënt ('shared decision') zoeken naar een strategie die voor beide partijen aanvaardbaar is (afwachtende houding, vervolgspraak bij het uitblijven van verbetering...)⁵.

Naast het geringe geruststellende effect van bijkomend diagnostisch onderzoek op angstsymptomen toont de systematische review ook aan dat onnodig testen somatisering in de hand werkt en de drempel voor lichamelijke klachten verder verlaagt. Eén van de RCT's, reeds vroeger besproken in *Minerva*, illustreert dit fenomeen zeer goed^{6,7}. Patiënten met subacute lage rugpijn die radiografie ondergingen hadden na 3 maanden meer rugklachten in vergelijking met conventionele zorg. De patiënttevredenheid op langere termijn was wel beter met radiografie maar of dit expliciet het gevolg is van de radiografie op zich stelden we in de duiding fel in twijfel. Immers, andere aspecten van de arts-patiëntrelatie kunnen tot dit resultaat bijgedragen hebben. Misschien is het inderdaad zo dat patiënten die een radiografie kregen meer voorlichting kregen over lage rugpijn en dat deze cognitieve geruststelling de tevredenheid op lange termijn verbeterde. Ook onderzoek bij patiënten met medisch onverklaarde klachten kon aantonen dat cognitieve gedragstherapie door de huisarts een positieve invloed heeft op gezondheid en ziekteverzuim^{8,9}.

Een laatste verklaring voor de beperkte geruststellende waarde van bijkomende diagnostische testen is dat artsen er bij het begin van de consultatie verkeerdelijk vanuit gaan dat patiënten bijkomend diagnostisch onderzoek verwachten om gerustgesteld te kunnen worden¹⁰. Het lijkt vanzelfsprekend dat bijkomend onderzoek bij een patiënt die zich daaraan niet verwachtte weinig zal geruststellen, wel integendeel. Het belang van het peilen naar de ideeën, de bezorgdheden en de verwachtingen van de patiënt en de integratie ervan in het beleid hebben we reeds uitgebreid besproken in *Minerva*^{5,11} en willen we in deze context nogmaals benadrukken.

Referenties

1. Stolper CF, Rutten AL, Dinant CJ. Hoe verloopt het diagnostisch denken van de ervaren huisarts? *Huisarts Wet* 2005;48:16-9.
2. Van der Weijden T, van Velsen M, Dinant CJ, et al. Unexplained complaints in general practice: prevalence, patients' expectations and professionals' test-ordering behavior. *Med Decis Making* 2003;23:226-31.
3. Rolfe A, Burton C. Reassurance after diagnostic testing with low pretest probability of serious disease. *JAMA Intern Med* 2013;173:407-16.
4. Lucock MP, Morley S, White C, Peake MD. Responses of consecutive patients to reassurance after gastroscopy: results of self administered questionnaire survey. *BMJ* 1997;315:572-5.
5. van Driel M. Evidence-based medicine: het perspectief van de patiënt. [Editoriaal] *Minerva* 2000;29(9):412-3.
6. Kendrick D, Fielding K, Bentley E, et al. Radiography of the lumbar spine in primary care patients with low back pain: randomised controlled trial. *BMJ* 2001;322:400-5.
7. Dewachter J. Is radiografie zinvol bij lagerugpijn? *Minerva* 2003;2(2):32-3.
8. Van Mechelen W. Cognitieve gedragstherapie voor medisch onverklaarde klachten? *Minerva* 2008;7(3):38-9.
9. Blankenstein AH, van der Horst HE, Schilte AF, et al. Development and feasibility of a modified reattribution model for somatising patients, applied by their own general practitioners. *Patient Educ Couns* 2002;47:229-35.
10. Little P, Dorward M, Warner C, et al. Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study. *BMJ* 2004;328:444.
11. Poelman T. Wanneer patiënt en arts tegenstrijdige verwachtingen hebben... [Editoriaal] *Minerva* 2011;10(5):53.