

Weten of niet weten?

9824

Veel van ons medisch handelen vloeit voort uit de behoefte een maximaal verantwoorde hulp te bieden. Als is gebleken dat na een tonsillectomie in een zeer gering percentage van de gevallen een bloeding voorkomt, dan wordt dat een motief om over te gaan van een poliklinische naar een klinische behandeling. Als blijkt dat zich tijdens of na een operatie complicaties voordoen die samenhangen met preëxistente aandoeningen die met de in behandeling zijnde ziekte geen relatie vertonen, dan is dat een motief om bij alle patiënten een preoperatief onderzoek te verrichten. Toen bleek dat patiënten met een cervixcarcinoom niet zelden pas in een laat stadium hulp zochten, werden screeningsprogramma's op cervixcarcinoom ontwikkeld toen de methodes daarvoor waren gevonden.

In de jaren vijftig was het enthousiasme voor screening groot. Wij leefden in de veronderstelling dat de kans op een zinvolle behandeling groter werd door ziekten in een zo vroeg mogelijk stadium te ontdekken. Er werden ideeën ontwikkeld, plannen gemaakt en ook wel uitgevoerd om in principe iedereen aan een periodieke controle te onderwerpen. De check-up door de arts zou de zekerheid geven die men per slot van rekening ook van zijn garagehouder verwacht.

Sindsdien zijn de teleurstellingen niet uitgebleven. Het bleek dat een mens geen auto is: de check-up gaf niet die garantie welke een garagehouder kan bieden. Bovendien bleek dat wel afwijkingen konden worden ontdekt, maar dat het wat anders was daar op een zinvolle manier iets aan te doen; het stellen van een diagnose in een vroeg stadium had alleen zin als daaraan therapeutische consequenties konden worden verbonden, in alle andere gevallen betekende vroege diagnostiek slechts een verlenging van de periode van patiënt-zijn. Verder bleek dat men vaak wel erg veel hooibergen moest onderzoeken alvorens een speld te vinden; de kosten bleken dan niet in overeenstemming te zijn met de opbrengst.

Artsen bepalen door hun beslissingen in belangrijke mate de kosten van de gezondheidszorg, daartoe al of niet aangezet door de betrokken patiëntengroeperingen of individuele patiënten. De besteding van de beschikbare gelden is een uitvloeisel van die beslissingen. Over de kosten die door de grote en niet zelden heroïsche ingrepen worden gegenereerd willen we het nu niet hebben. In dit nummer van Medisch Contact zijn enkele artikelen opgenomen die

J. C. van Es

Vroege diagnostiek met gevoel voor proporties

iets te maken hebben met keuzen van artsen op een ander gebied in de dagelijkse praktijk die belangrijke consequenties hebben, zowel in financieel als in medisch en menselijk opzicht.

G. R. Hoekstra (blz. 1157) beschrijft een drietal patiënten bij wie bij toeval, ongewild, afwijkingen werden gevonden. In twee gevallen ging het om myocardaandoeningen die door afwijkingen op een electrocardiogram werden verduidelijkt, in een derde geval om een voorheen niet herkend hartinfarct. In de twee eerste gevallen betrof het een routineonderzoek bij patiënten die geen cardiologisch te verklaren klachten hadden. Dit routineonderzoek werd uit een oogpunt van defensieve geneeskunde verricht; de uitkomst had geen verdere therapeutische consequenties. Er was alleen veel onrust en onzekerheid bij patiënten tweewegebracht, die óók hadden kunnen leiden tot arbeidsverzuim, verdergaand onderzoek, het permanent vervullen van de rol van patiënt. Nu staat de waarde van het preoperatieve onderzoek al wel ter discussie, maar de voorbeelden die Hoekstra geeft laten duidelijk zien hoe weinig met overbodig onderzoek kan worden gewonnen en hoe véél ermee kan worden verloren.

Het is strikt noodzakelijk routinehandelingen op *al* hun consequenties te onderzoeken, opdat kan worden besloten welke routines wél en welke níet worden toegestaan of aanvaard. Te veel ontdekken kan het medisch handelen op dwaalsporen leiden. In de Verenigde Staten worden jaarlijks 50.000 endarteriëctomieën van de a. carotis gedaan bij patiënten die geen klachten hebben¹; met deze ingrepen, waaraan een risico van 10% is verbonden om te overlijden of een beroerte te krijgen, gaat ieder jaar een bedrag van 250 miljoen dollar heen!

Men kan met een onrustig gevoel een toekomst tegemoet zien waarin met behulp van zeer verfijnde methoden, zoals de nucleaire magnetische resonantie (NMR), afwijkingen op de grens van ziek en gezond zichtbaar kunnen worden gemaakt. Tot welke indicaties zullen deze vondsten lei-

den? Deze en andere overwegingen doen huiverig staan tegenover een (al te) vroege ontdekking van ziekteprocessen. Hoe verfijnder de werkwijzen, hoe meer diagnostische mogelijkheden, des te vaker zal de keuze moeten worden gemaakt tussen (be)handelen en niet (be)handelen. Het is te verwachten dat de toenemende technologische mogelijkheden op diagnostisch gebied onze beslissingen steeds moeilijker zullen maken, ondanks de schijn van het tegendeel.

Dit houdt geen pleidooi in tegen iedere vorm van vroege diagnostiek. Een vroege diagnostiek van het cervixcarcinoom en evenzo het ontdekken van cardiovasculaire risicogroepen zijn voorbeelden van een benadering waarin doel en middel redelijker met elkaar in evenwicht lijken te zijn. Dat ook deze benadering niet zonder problemen is blijkt uit twee artikelen in dit nummer van Medisch Contact (blz. 1159 en blz. 1163). Aangevoerd is dat het normaliseren van de bloeddruk een gunstig effect heeft. Hoe moeilijk deze interventies echter zijn wordt door J. van Reek en de zijnen beschreven. Het is ook moeilijk tegen de bierkaai te vechten, een gevecht dat door Angill aldus wordt beschreven¹: 'Physicians can, for example, recommend that their patients do not smoke cigarettes, but it is unlikely that these efforts will be very successful in a society in which the tobacco industry is so heavily subsidized and advertised'.

Als een goede lokatie voor vroege diagnostiek hebben velen de huisartspraktijk aangewezen. H. A. M. Brölmann heeft onlangs in dit blad gepleit voor een anticiperende benadering van het cervixcarcinoom in de huisartspraktijk²; de voordelen zijn evident: het selecteren van risicogroepen en de mogelijkheid een directe begeleiding aan de betrokken vrouwen te geven buiten de anonimiteit van een gebuureaucratiseerde screening. De huisartspraktijk moet op dergelijke activiteiten wel zijn ingesteld. D. L. M. Schraven en anderen maken dit duidelijk ten aanzien van de preventie van hart- en vaatziekten. In het bijzonder dient de organisatiegraad van de huisartspraktijk groot te zijn: voldoende deskundig hulppersoneel en een sluitende registratie. Op deze wijze kan uitvoering worden gegeven aan een vroege diagnostiek met gevoel voor proporties. ■

1. Angill M. Cost containment and the Physician. JAMA 1985; 254: 203-7.

2. Brölmann HAM. Anticiperende geneeskunde. Medisch Contact 1985; 40: 1068-70.