

‘ H E T W A R M E E I D A T N I E M A N D V O E L T ’

We ontvingen een lezersreactie van Jef Boeckx, Hugo Van Puymbroeck, Rudi Bruyninckx, Jo Dewachter, Louis Ferrant, Luc Debaene en Jef Vanden Ende (werkgroep Besliskunde) op het artikel van Planckaert G; Het warme ei dat niemand voelt, verschenen in Huisarts Nu 2005; 10:584-7. Wij publiceren ze hier samen met een antwoord van de auteur van het artikel.

Reactie van de werkgroep Besliskunde

Wij zijn ontzettend blij dat huisartsen en ook HIBO's artikels schrijven en daarbij de verworvenheden van de moderne klinische logica gebruiken om hun gedachten te ontwikkelen. Daarvoor een dikke proficiat. Maar we stellen ook vast dat het een moeilijke materie blijft. Vergissingen zijn dus snel gemaakt. Daarom onze commentaren bij dit artikel.

Een eerste opmerking betreft het diagnostisch landschap. In tegenstelling tot wat de auteur schrijft, worden de hypothesen niet gerangschikt 'primair volgens ernst en secundair volgens frequentie'. Op de binnenste cirkel komen de hypothesen te staan die ernstig en behandelbaar zijn, onafhankelijk van hun frequentie. Op de buitenste cirkel zetten we de hypothesen die minder ernstig en/of minder behandelbaar zijn, maar daar houden we wel rekening met de frequentie¹.

We hebben eveneens een opmerking over de inschatting van de wachtkamerkans. De wachtkamerkans is de kans dat iemand met acute prostatitis zich bij de huisarts aanmeldt. Om deze kans in te schatten, kunnen we ons afvragen hoeveel acute prostatitiden we per jaar zien en dit getal delen door het aantal patiënten (niet hetzelfde als contacten!) per jaar². Dan is 30% (van de mannen van 46 jaar) een veel te hoge gok! Een raadpleging van de cijfers van Intego³ leert ons dat de wachtkamerkans (peilpraktijken) op 'prostatitis/vesiculitis seminalis' bij mannen tussen 45 en 64 jaar 6,6 op duizend bedraagt (afgerond 1/100), en dan gaat het over de hele verzameling (zowel acuut als chronisch). Dus de reële voorkans ligt waarschijnlijk dichterbij 1 op duizend, laten we maar uitgaan van 1/100.

Onrealistische schatting argument PPA

Ook de inschatting van de kracht van het argument (PPA) is niet erg realistisch. De auteur gaat ervan uit dat er 40% vals-negatieven zouden zijn. Dit wil zeggen dat 40% van de mannen met deze aandoening geen pijnlijke prostaat zou hebben bij palpatie. In de literatuur vonden we hierover geen concrete cijfers van sensitiviteit en specificiteit. Wel vonden we in nota nummer 42 (tabel 2) en 43 van de CBO-richtlijn⁴, dat een pijnlijk rectaal toucher één van de kenmerken is van een acute bacteriële prostatitis, waarmee deze zich onderscheidt van andere prostaataandoeningen. We mogen dus gerust aannemen dat het aantal vals-negatieven veel kleiner zal zijn, in de orde van 1 à 5%.

De auteur overschat tevens het aantal vals-positieven. Het is niet correct dat we een pijnlijke prostaat vinden bij 5% van de mannen die geen acute prostatitis hebben. Hier zouden we onze schatting eerder leggen rond 1%. Dit maakt dat het argument PPA een aantoonende kracht krijgt van +/- 100, hetgeen ons twee stappen doet evolueren op onze schaal (van 1/100 naar 50% of van een log odds van -2 naar 0). Als we daarbij nog de halve stap van het argument 'koorts' voegen, dan komen we ergens op een nakans van +/- 70%. Zelfs als we zouden uitgaan van een lagere voorkans van 1 op duizend, komen we nog bij een nakans van +/- 25%.

Te hoge actiedrempel

Ten slotte hebben we ernstige bedenkingen bij de actiedrempel, die gelegd wordt op 90%. De auteur suggereert dat hij 10% van de patiënten die geen acute prostatitis hebben, toch als dusdanig gaat behandelen, terwijl hij er 90% terecht behandelt. De uitleg hierbij is correct, maar bij de hoogte van de drempel hebben we bedenkingen. De auteur bestempelt acute prostatitis als een gevaarlijke ziekte, gezien de kans op sepsis. Nochtans staat hiertegenover een eenvoudige behandeling, die relatief goedkoop is en zeldzame en niet-levensbedreigende nevenwerkingen heeft. Hieruit volgt dat wij deze drempel zeker niet hoger leggen dan 5%! Dit betekent dat we met onze twee argumenten ruimschoots de actiedrempel halen. We laten hier in het midden of er nog andere argumenten in rekening hadden kunnen worden gebracht (klachten, urineonderzoek enzovoort).

Mochten de auteur of andere belangstellenden de kracht van deze laatste argumenten willen onderzoeken, dan zijn wij graag bereid om dergelijke analyses te begeleiden. Wij willen iedereen die met de klinische logica aan de slag gaat met raad en daad bijstaan.

L i t e r a t u u r

- 1 Van Puymbroeck H, De Wachter J, Blanckaert F, Boeckx J, et al. Klinische logica (deel 1): van aanmelding(sklacht) tot diagnostisch landschap. *Huisarts Nu* 2004;33:123-8.
- 2 Van Puymbroeck H, Boeckx J, Blanckaert F, Bruyninckx R, et al. Klinische logica (deel 2): van diagnostisch landschap tot diagnose. *Huisarts Nu* 2004; 33:201-14.
- 3 Bartholomeeusen S, et al. *Intego, ziekten in de huisartspraktijk in Vlaanderen*. Leuven: Academisch Centrum voor Huisartsgeneeskunde, 2004:27.
- 4 Herziening Consensus Urineweginfecties. Utrecht: Centraal Beleidsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing, 1999. <http://www.cbo.nl/product/richtlijnen/pdf/urineweginfecties>

Antwoord van de auteur

Eerst en vooral wil ik de werkgroep Besliskunde danken voor de aandacht voor en de gefundeerde kritiek op mijn artikel. Ik ben zo vrij hier nog enkele kanttekeningen bij te plaatsen.

Met de eerste opmerking ben ik het niet volledig eens. Frequentie speelt inderdaad geen rol bij het invullen van de binnenste cirkel. Mijn definitie is dus niet correct. Maar dit verandert volgens mij niets aan de invulling van het diagnostisch landschap.

Wat de kracht van het argument PPA betreft, zijn de cijfers wellicht niet correct. Nochtans, zoals u zelf aangeeft, is hierover weinig cijfermateriaal te vinden in de literatuur. De sterkte of zwakte van het argument PPA is bovendien arts- én patiëntgebonden. Als we hier terdege over willen discussiëren, dan hebben we een definitie nodig van hoe we een PPA moeten uitvoeren, en een pijnschaal of een definitie van wat de arts als pijnsensatie bij de patiënt, en dus als positieve PPA, beschouwt. Maar dit zou ons te ver weg leiden van de essentie van dit artikel en de praktijk. In mijn artikel was het eerder de bedoeling om vanuit het veld de 'gedachte' om te zetten in enkele cijfers, om zo een idee te krijgen van mijn denkproces (anamnese en klinisch onderzoek) en daaraan gekoppeld, het beleid.

Ten slotte valt op de kritiek rond de actiedrempel nog wel iets af te dingen, denk ik. Louter vanuit het standpunt van mogelijke sepsis is de actiedrempel van 5 % correct, maar in tijden van verantwoord antibioticagebruik valt het voorschrijven van antibiotica gedurende vier weken bij een actiedrempel van 5 % toch iets moeilijker te verdedigen. Het dilemma kan eventueel worden opgelost door het klinisch beeld van de patiënt strikt op te volgen en hem na bijvoorbeeld 12 à 24 uur of bij toename van de klachten terug te zien. Maar dan wagen we ons weer op glad ijs. We leggen dan immers veel verantwoordelijkheid bij de patiënt zelf. Bovendien hangt veel af van de counselingstechnieken van de arts. Brengen we dan toch maar beter meer argumenten (CRP, PSA, urine) in rekening? In ieder geval hoop ik dat mijn artikel en uw reactie hierop, meer artsen aanzet om ook hun denkproces te expliciteren.

