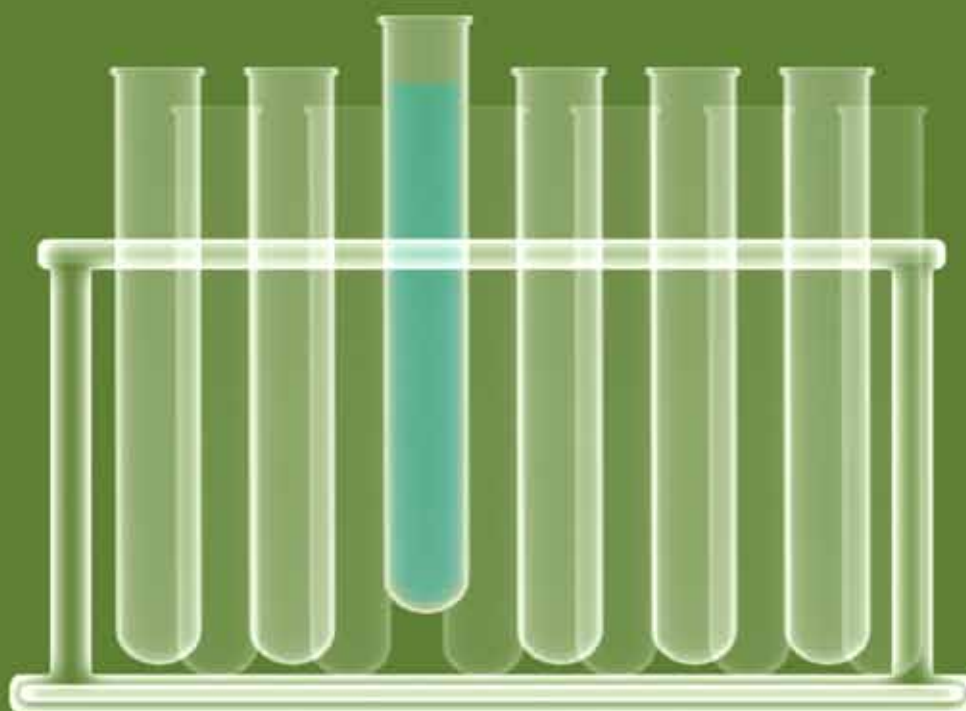


Dure serologische bepalingen bij artritis en rugpijn vaak zelfs nadelig

# Stop met overbodig labonderzoek



Steeds vaker wordt bij patiënten met klachten van het bewegingsapparaat onterecht door de huisarts veel en duur laboratoriumonderzoek aangevraagd. Dat is zonde van het geld én veroorzaakt onnodige onrust.

dr. Evert-Jan ter Borg,  
reumatoloog, St. Antonius  
Ziekenhuis Nieuwegein

Correspondentieadres:  
borg@antoniusziekenhuis.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

**A**ls reumatoloog valt me steeds vaker op dat bij verwezen patiënten met pijn in het houdings- en bewegingsapparaat, de huisarts een enorme hoeveelheid laboratoriumdiagnostiek heeft laten doen. Afgezien van relatief goedkope bepalingen van hematologie en biochemie zitten daar ook dikwijls dure serologische bepalingen bij, die onnodig zijn of zelfs nadelen hebben. Het onterecht aanvragen van serologie leidt namelijk onvermijdelijk tot een flink aantal fout-positieve uitslagen met als gevolg onzekerheid bij de huisarts en angst of valse hoop bij de patiënt. Vrijwel altijd zal een fout-positieve uitslag leiden tot verwijzing naar de tweede lijn. Een verwijzing die waarschijnlijk niet zou hebben plaatsgevonden zonder die aanvraag. Deze verwijzing leidt tot nog meer kosten, toename van wachttijden in de tweede lijn en vaak teleurstelling bij de patiënt.

#### Voorbeelden

Een aantal concrete voorbeelden van onnodige serologische bepalingen op het gebied van de reumatologie zijn:

- Aanvraag van reumafactoren (RF) bij niet-inflammatoire pijn in het houdings- en bewegingsapparaat zonder aanwijzingen voor artritis.<sup>1</sup>
- Aanvraag van het HLA B27-antigeen bij niet-inflammatoire rugpijn zonder positieve familieanamnese voor een spondylarthropathie.
- Aanvraag van antinucleaire factoren (ANF) en/of anti-DNA antistoffen bij niet-inflammatoire pijn in het houdings- en bewegingsapparaat, zonder auto-immuunfenomenen.
- Aanvraag van Borrelia-antistoffen bij niet-inflammatoire pijn in het houdings- en bewegingsapparaat en/of moeheid/algemene malaise zonder (voorgeschiedenis van) erythema migrans.<sup>1</sup>

Al deze voorbeelden hebben gemeen dat ze alleen toegevoegde waarde hebben bij een vrij sterke suspectie (hoge a priori kans) op een inflammatoire reumatologische ziekte en dat ze fout-positief zijn bij een substantieel deel van de gezonde bevolking.

Ten overvloede: het is bekend dat negatieve reumatesten een inflammatoir reumatologisch ziektebeeld zeker niet uitsluiten, met als meest bekende voorbeeld de seronegatieve reumatoïde artritis (RA): 10 tot 20 procent van de patiënten met RA hebben geen reuma-factoren.

Mijn schatting is dat bij ongeveer 50 procent van de verwijzingen naar de polikliniek reumatologie onnodige serologische diagnostiek plaatsvindt. Zelf vond ik in vier weken tijd bij nieuw verwezen poliklinische patiënten, elf gevallen van duidelijke serologische overdiagnostiek (zie *kader* voor drie casussen).

#### Eenvoudig labonderzoek

Hoe kan het beter? Op een aantal manieren. Het belangrijkste is volgens mij adherentie aan de NHG-standaarden, die vaak erg terughoudend zijn bij het aanvragen van aanvullend onderzoek en meestal evidencebased.<sup>1 2</sup>

Daarnaast is vergroting van de kennis nodig over het aanvragen van laboratoriumonderzoek, en dan vooral serologisch onderzoek in de eerste lijn.


### *Bij de helft is sprake van serologische overdiagnostiek*

Ook zou het goed zijn het aanvragen door de eerste lijn van een zogenaamd 'reuma- of artritispakket' onaantrekkelijk te maken.

Bij niet-inflammatoire pijn in het houdings- en bewegingsapparaat, moeheid en algemene malaise kan in de eerste lijn mijns inziens worden volstaan met eenvoudig laboratoriumonderzoek: BSE, CRP, bloedbeeld, nierfunctie, TSH en eventueel CPK (bij met name spierpijnen). Een verhoogd urinezuur heeft in zo een situatie geen toegevoegde waarde.

Serologisch onderzoek is alleen zinvol bij inflammatoire klachten en/of eventueel bij positieve familieanamnese. Bij twijfel over het bestaan van een inflammatoire reumatische

ziekte is het beter om te verwijzen naar de reumatoloog dan zelf uitgebreid serologisch onderzoek te doen.  
Door aanvullende diagnostiek, vooral serologisch onderzoek, in de eerste lijn te beperken, kan de mate van bezuiniging die door de

minister van Volksgezondheid is ingezet, in de eerste lijn wellicht worden beperkt.  
Overigens wil ik de tweede lijn absoluut niet vrijpleiten, ook hier kan gigantisch worden bezuinigd op aanvullend onderzoek zonder de kwaliteit van de zorg aan te tasten. 

### Voorbeelden van overdiagnostiek

#### Vrouw van 39 jaar

Verwezen in verband met artralgie en moeheid. Bekend met vitamine-D-deficiëntie, ijzergebreksanemie, uveïtis/glaucoom van het linkeroog en hernia diafragmata.  
*Labonderzoek door huisarts:* Hb 6.8, normale waarden voor leukocyten, differentiatie van de leukocyten, trombocyten en CRP, RF en anti-CCP-test negatief, licht verlaagde vitamine-D-spiegel.  
*Reumatologische diagnose:* artralgie bij adipositas.  
*Te verdedigen labonderzoek:* Hb en vitamine-D-spiegel, extra onderzoek: BSE/TSH.

#### Man van 55 jaar

Verwezen in verband met spier- en gewrichtsklachten. Bekend met status na drie keer HNP-operatie, nierstenen en een schouderfractuur.  
*Labonderzoek door huisarts:* BSE 14, CRP 7, RF, ANF, anti-DNA, Borrelia-serologie en anti-CCP negatief. Verder volledig bloedbeeld/differentiatie van de leukocyten, nierfunctie, CPK, PSA en TSH normaal, drie vitamine-B-spiegels normaal (B1, B6, B12).  
*Reumatologische diagnose:* myalgie en mogelijk bursitis subacromialis beider zijds.  
*Te verdedigen labonderzoek:* BSE, CRP, TSH, CPK.

#### Vrouw van 19 jaar

Verwezen in verband met al jaren bestaande spier- en gewrichtsklachten en ernstige lumbago.  
*Voorgeschiedenis:* depressie.  
*Labonderzoek door huisarts:* RF, ANF, anti-CCP en HLA B27 negatief.  
*Reumatologische diagnose:* typisch fibromyalgiesyndroom, aspecifieke, niet-inflammatoire rugpijn.  
*Te verdedigen labonderzoek:* BSE, CRP, Hb en TSH.

## praktijkperikel

### *Don't call us...*

Een 42-jarige patiënte bij wie twee jaar geleden een maligne melanoom op het onderbeen werd verwijderd, werd verwezen omdat zij een verdacht plekje had op de rechterflank.

Na de excisie meldde de dermatoloog aan de patiënte dat de uitslag er na twee weken zou zijn en dat hij haar dan zou bellen.

Tot zover geheel regulier. De patiënte telt echter twee weken vanaf de ingreep en komt dan op een donderdag uit. Die donderdag wordt zij niet gebeld.

Als zij de volgende dag om 13.00 uur belt omdat zij nog

niets heeft gehoord, meldt de poliassistente: 'Ik heb hier wel de uitslag, maar ik mag niets zeggen. De dokter gaat u nog bellen.'

Als de patiënte vrijdag om 16.55 uur nog niet is gebeld, belt zij opnieuw naar de poli, waar zij exact hetzelfde antwoord krijgt. Ten slotte belt om 17.35 uur de dermatoloog om te melden dat de aandoening goedaardig blijkt te zijn.

Vraag: bestaan er ook cursussen 'invoelend vermogen voor polipersoneel'? Om over 'docter-centered' versus 'patient-centered' maar niet te spreken.