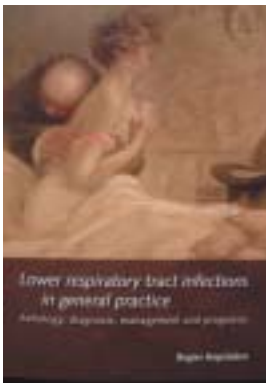


Ontstekings eiwit CRP helpt bij uitsluiten pneumonie

Een vingerprikje voor de bepaling van C-reefief proteïne (CRP) blijkt een prima hulpmiddel om longontsteking te onderscheiden van een onschuldige acute bronchitis. Met de beschikbaarheid van een eenvoudige test kan onnodig antibioticagebruik bij deze lageluchtweginfecties fors worden verlaagd. Dit blijkt uit onderzoek van huisarts Rogier Hopstaken.



Dat de CRP snelst met één druppel bloed pneumonie beter kan uitsluiten dan alle andere diagnostische gegevens voelt voor menig een als een vingerprik.

Stelling uit Proefschrift Rogier Hopstaken

*proefschrift: 'Lower respiratory tract infections in general practice: aetiology, diagnosis, management and prognosis', Rogier Hopstaken, Maastricht, 2005 ISBN : 90-5278-474-4

In de wintermaanden ziet de gemiddelde huisarts dagelijks een patiënt met een lageluchtweginfectie, LLWI. Meestal (80 procent) gaat het om acute bronchitis, een onschuldige aandoening die meestal vanzelf geneest. In ongeveer 20 procent van de gevallen is er sprake van pneumonie ofwel longontsteking. Rogier Hopstaken, huisarts bij de Stichting Gezondheidscentra Eindhoven, ziet het als een diagnostische uitdaging beide aandoeningen te onderscheiden. "In de spreekkamer presenteren ze zich meestal met vergelijkbare symptomen. De patiënt hoest, klaagt over koorts en heeft vaak last van benauwdheid en pijn aan de borstkas. Een forse longontsteking, die gepaard gaat met veel vocht op de longen, komt uit een lichamelijk onderzoek wel naar voren. De huisarts ziet deze klassieke pneumonieën echter zelden. Veel vaker ziet hij de subtiele gevallen waarbij kloppen en luisteren met de stethoscoop niet volstaat om tot de juiste diagnose te komen. Je weet dan meestal niet of je te maken hebt met acute bronchitis of met pneumonie." Uit vrees pneumonie over het hoofd te zien en onder het motto 'baadt het niet, het schaad ook niet' leidt deze diagnostische onzekerheid vaak tot onnodig voorschrijven van antibiotica. Dit is een ongewenste situatie, gezien de mogelijke bijwerkingen van antibiotica en het toenemende probleem van bacteriële resistentie. Hopstaken ging op zoek naar betere diagnostiek.

Wel of geen pneumonie Aan een uitgebreid huisartsgeeneeskundig onderzoek naar LLWI, waarop Hopstaken enkele maanden geleden promoveerde*, werkten 25 huisartsen mee met in totaal bijna 250 hoestende, zieke volwas-

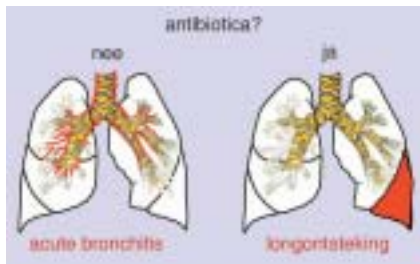
C-reefief proteïne bepaling

CRP is een acute fase eiwit dat in de lever geproduceerd en uitgescheiden wordt. Dit gebeurt na reactie op circulerende cytokines afkomstig van een ontstekingshaard. Binnen 4-8 uur na het ontstaan van een ontsteking of infectie is CRP verhoogd in het bloed aanwezig. Een 1000-voudige toename is mogelijk. Het is hiermee de snelste en meest gevoelige ontstekingsparameter. Bovendien reageert het snel op veranderingen, want de halfwaardetijd is kort (4-7 uur). Met herhaalde metingen kan dan ook het beloop van een ziekte en de eventuele respons op therapie goed gevolgd worden. De CRP bepaling heeft een hoge sensitiviteit. Indien de testuitslag laag is, is de kans op een ernstige ontsteking of infectie bij deze patiënt erg laag. Een aandoening kan dus goed worden uitgesloten. CRP waarden stijgen snel bij allerhande ontstekingen en infecties. Het reageert dus niet specifiek op een bepaalde aandoening. Het aantonen van een bepaalde aandoening op basis van de CRP testuitslag is dan ook niet mogelijk.

bron: R. Hopstaken, Modern Medicine 2006; 4: 178-82

sen patiënten. Een van de deelstudies was gericht op het vinden van een diagnostisch hulpmiddel dat al tijdens het huisartsenconsult duidelijkheid kan verschaffen over aard en ernst van een LLWI. Met de C-reefief proteïne bepaling is dat hulpmiddel nu beschikbaar, vindt Hopstaken. Bewijs daarvoor komt uit de studie waarin hij samen met medeonderzoekers in kaart bracht welke symptomen, metingen en tests het meest informatief zijn voor de diagnose pneumonie. Een totaal van 247 uitgebreide standaardanamneses, lichamelijke onderzoeken en waarden voor bloedbezinking en CRP leverde de ingrediënten voor een grootschalige statistische analyse. Daaruit bleek dat droge hoest, diarree, koorts ($\geq 38^\circ\text{C}$) en CRP gezamenlijk het best de kans op pneumonie voorspellen.

Voor de praktijk van alledag is een ander studieresultaat waarschijnlijk nog interessanter, namelijk de identificatie van patiënten met een laag risico voor pneumonie. De onderzoekers vonden dat de kans



op pneumonie zeer klein is bij patiënten met een lage CRP testuitslag ($< 20\text{mg/l}$) en maximaal één positieve score op de drie variabelen 'droge hoest', 'diarree' en 'koorts'. De meerwaarde van de CRP sneltest (drie minuten) ligt volgens de Eindhovense huisarts dan ook vooral in het snel en eenvoudig uitsluiten van een ernstige infectie.

Mentaliteitsverandering
Implementatie van de CRP sneltest zal volgens Hopstaken zeker leiden tot minder diagnostische onzekerheid en meer plezier in de dagelijkse huisartsenpraktijk. Maar er zijn nog wel enkele horden te nemen. Een ervan is van financiële aard. "Voorlopig vergoeden zorgverzekeraars de aanschafprijs van de testapparatuur nog niet. Die paar honderd euro komen op het conto van de huisarts. Wel hebben enkele maatschappijen inmiddels toegezegd de teststrips (à € 3.30) te vergoeden." Een andere horde betreft de mentaliteitsverandering. Huisartsen moeten geloof hechten aan de uitslag van de test en accepteren dat anamnese en lichamelijk onderzoek bij LLWI vaak niet voldoende zijn om de goede diagnose te stellen. Het zal tijd kosten om een vernieuwing door te voeren in het diagnosticeren. "Het helpt als de test een plaats krijgt in de NHG-standaard 'Acuut hoesten'. De praktijk leert immers dat de richtlijnen van grote invloed zijn op het gevoerde beleid van de huisarts. In de nieuwe versie van de standaard staat de test waarschijnlijk opgenomen." Op dit moment vindt bij twintig huisartsenpraktijken in de regio zuidoost Brabant een onderzoek plaats naar implementatie van de CRP sneltest. ●

Arno Pol

Huisartsen- praktijk



Saar Schuling

Huisarts Vlieland

"Graag een D-dimeer spoedbepaling voor de eilandbewoners"

Huisarts Saar Schuling is sinds begin 2006 één van de twee huisartsen op het Waddeneiland Vlieland. In de kleine praktijk is niet veel tijd voor diagnostische tests. "De meest toegepaste test is het bloedonderzoek, de INR of PT bepaling, en cholesterol en HbA1c bepalen. Dat doen wij niet zelf maar dat sturen we met de boot naar het MCL De Batting, een ziekenhuislaboratorium in Harlingen," vertelt de arts. In de Vlielandse praktijk worden alleen de urinestrips, de vingerprik voor glucose en Hb en de bezinking gedaan. Laboratoriumtests zijn vooral zinvol bij urineweginfecties en bij hoge cholesterol en suikerziekte, vindt Schuling. "Bij die aandoeningen leunen we veel op laboratoriumdiagnostiek en niet op de kliniek." Tijdgebrek is ook een belangrijke factor voor de keuze tussen zelf testen of opsturen. De verschillende tests worden niet vaak gedaan. "Je moet elke keer weer nalezen hoe het ook al weer moet," zegt Schuling. Een andere factor is de betrouwbaarheid van de resultaten. Foutenmarges moeten zo klein mogelijk zijn en dat is ook een goede reden om een test op te sturen naar het laboratorium. "Vooral voor een waarde die net op de grens ligt is dat belangrijk." Voor de toekomst heeft Schuling wel een aantal wensen. "Ik zou graag een CRP sneltest in de praktijk willen. Ook kunnen we hier op het eiland geen D-dimeer met spoed laten bepalen. Het bloed moet vóór half twaalf 's ochtends verstuurd worden. Dat lukt niet altijd, en dat is vervelend voor de patiënt."

Huisartsen- praktijk



Geert Eisma

Huisarts, Breda

"Ik kies voor kwaliteit"



Diabetes is de belangrijkste chronische aandoening in Nederland, zegt diabeteshuisarts Geert Eisma uit Breda. In 2010 zal vijf procent van de bevolking aan suikerziekte lijden. Eisma heeft 120 diabetespatiënten, en het is daarom niet verwonderlijk dat nuchtere glucose en glyco Hb bepalingen de meest gebruikte tests zijn in zijn praktijk. De vingerprik op bloedglucose is de enige test die in huis wordt uitgevoerd. "Ik stuur verder alles naar het laboratorium," zegt Eisma. "Ik kies voor kwaliteit. Het laboratorium heeft gecalibreerde apparatuur waarvan de resultaten veel betrouwbaarder zijn dan van ons metertje. Bij het stellen van de diagnose is kwaliteit belangrijker dan snelheid. Bij de instelfase van de behandeling van diabetes doen we de tests wel zelf." Eisma vindt het belangrijk dat het huisartsenlaboratorium meer kan dan alleen laboratoriumtests. Het SHL in Breda heeft bijvoorbeeld een afdeling waar diverse cardiologische onderzoeken kunnen worden gedaan, zoals het maken van hartfilmpjes of longfunctie-onderzoek. "Ik kan bij de SHL aanvullend onderzoek laten doen waar ik zelf de uitslag van krijg. Ik kan de patiënt vaker zelf behandelen wat zeer kostenbesparend is en veel minder belastend voor de patiënt." Een bloedtest om aandoeningen zoals longkanker, borstkanker of darmkanker op te sporen is er nog niet. "Dat zijn de grote killers," zegt Eisma. "Het zou een mooie ontwikkeling zijn als je met een test kan zien of een patiënt iets kwaadaardigs onder de leden heeft. Dan kun je hem of haar in voorkomende gevallen snel doorsturen."