

Klachten en technisch onderzoek

Voor patiënten met lagerugpijn gedurende minder dan één maand stelt de richtlijn voor goede medische praktijkvoering van SSMC (2001)¹ een beleid voor dat niet overeenstemt met de praktijk van talrijke artsen. Bij afwezigheid van alarmtekens bij klinisch onderzoek hoeft een standaardradiografie van de wervelkolom namelijk niet. Wanneer er na grondige ondervraging en onderzoek van de patiënt, geen aanwijzing van een ernstige pathologie bestaat, is het belangrijk aan de patiënt mee te delen dat bijkomend technisch onderzoek niet nodig is. Deze aanbeveling is ook terug te vinden in verschillende richtlijnen en is degelijk wetenschappelijk onderbouwd. Onderzoek toonde slechts een geringe correlatie aan tussen radiografische afwijkingen en klinische symptomen^{2,3}. In een systematisch literatuuronderzoek (2008) werd het verband onderzocht tussen klinische tekenen, symptomen, diagnose en radiografische beelden⁴. Het aantal patiënten met radiografische gonartrose bij een populatie met kniepijn varieerde van 15 tot 76%. Het aantal patiënten met kniepijn bij een populatie met radiografisch bevestigde gonartrose varieerde van 15 tot 81%. Tussen de studies is er een grote variatie in type radiografie, meetinstrumenten voor pijn en kniepijn, en in demografische kenmerken van de populatie (leeftijd, etniciteit). De auteurs besluiten dat radiografische beelden niet als enig evaluatie-instrument mogen gebruikt worden bij patiënten met kniepijn. Deze discordantie tussen klachten (lagerugpijn of in bovenstaand voorbeeld kniepijn) en technisch onderzoek (radiografie) kunnen we vanuit verschillende invalshoeken bekijken.

De spoorweg

Nemen we het voorbeeld van een veertigjarige man, spoorwegarbeider bij de NMBS. Deze man komt op raadpleging voor lagerugpijn. De arts luistert naar de klachten en toetst deze aan een klinisch onderzoek, met in het achterhoofd de beleving van de patiënt. In dit geval gaat het om een ontsporing: de man leeft sinds het recente vertrek van zijn vrouw en kind alleen en vlucht in de alcohol. De arts probeert verder het gezondheidsprobleem van deze man zo nauwkeurig mogelijk te objectiveren door middel van bijvoorbeeld een technisch onderzoek. De eerste doelstelling hiervan is het benoemen van zijn gezondheidsprobleem. De tweede doelstelling is om, in functie van de diagnose, de functioneringsmogelijkheden van de man beter in te schatten in het kader van zijn dagelijkse omgeving (thuisomgeving, werk, enz.). De derde doelstelling is aan de man een effectieve en veilige, op evidentie gebaseerde behandeling te bieden. Hoever moet de arts zoeken naar bewijs om te komen tot: een op EBM-gestoeelde klinische aanpak, een adequate aanpak van de patiënt waarbij hij rekening houdt met zowel de lichamelijke als de psychosociale aspecten van de problematiek en het voldoen aan de wettelijke verplichtingen (bv. zijn werkonbekwaamheid verantwoorden)?

Het EBM-spoor

Als we systematisch te werk gaan, kunnen we een diagnostisch beleid voorstellen dat gebaseerd is op het beste beschikbare bewijs. Het is bijvoorbeeld verantwoord om geen radiografisch onderzoek uit te voeren, als aangetoond is dat dit in deze precieze omstandigheden geen kwalitatief betere zorg zal opleveren. Dit is een beslissing die de huisarts best neemt in overleg met de patiënt, na grondige uitleg over de redenen van deze keuze. Een dergelijke aanpak laat toe om op een evidence-based manier te werken aan het probleem van de patiënt. Dit betekent zich beperken tot de exploratie van het symptoom en tot een klinisch onderzoek met als doel eerder een probleem dat andere onderzoeken vereist, uit te sluiten. In de praktijk kan het erop lijken dat een dergelijke wetenschappelijk onderbouwde aanpak onvoldoende argumenten zou aanbrengen om de verminderde functionele capaciteiten van de patiënt te verantwoorden. De adviserende of controlerende geneesheer kan ons immers vragen om de werkongeschiktheid te verantwoorden. Dezelfde vraag rijst bij een patiënt die zeer moe is en waarbij een zeer uitgebreid bloedonderzoek geen aanwijzingen van ziekte levert. In deze specifieke gevallen is het klinische bewijs duidelijk het best beschikbare bewijs. Er is geen enkele reden om dit in twijfel te trekken door bijvoorbeeld resultaten van een 'normaal' technisch onderzoek aan te voeren.

Het spoor van de patiënt

Wanneer het klinische onderzoek enkel dient om ziekten uit te sluiten en technisch onderzoek geen EBM ondersteunde argumenten kan aanbrengen, dan heeft de arts weinig andere elementen dan de inbreng van de patiënt als leidraad bij de therapeutische aanpak. Is dit weinig of net veel? Hier komen we nog eens terug op het EBM-principe dat de klinische aanpak drie componenten bevat: de ervaring en kennis van de arts, het bewijs in de literatuur en ten slotte de opvattingen, bezorgdheden en verwachtingen van de patiënt. Indien in welbepaalde omstandigheden en voor sommige aspecten van de aanpak, het bewijs zich beperkt tot bevraging en klinisch onderzoek, zal de klinische aanpak van de arts erin bestaan de drie bovengenoemde elementen te combineren. Een dergelijke klinische aanpak is wel degelijk gebaseerd op EBM en deze aanpak moeten we niet in twijfel trekken. Trouwens is het wellicht niet de rugpijn maar het alcoholprobleem en de sociale isolatie die de belangrijkste problemen zijn voor de patiënt in kwestie en deze zijn tevens de belangrijkste argumenten (veiligheid op de werkvloer) als het gaat om de verantwoording van zijn werkongeschiktheid.

1. Timmermans B. *Les lombalgies communes. Recommandations de Bonne Pratique. SSMC, 2001.*
 2. Wipf JE, Deyo RA. *Low Back Pain. Med Clin North Am 1995;79:231-46.*
 3. *Royal College of General Practitioners. Clinical guidelines for the management of acute low back pain. London, 1996.*

4. Bedson J, Croft PR. *The discordance between clinical and radiographic knee osteoarthritis: a systematic search and summary of the literature. BMC Musculoskelet Disord 2008;9:116.*