

Het test-diagnose-behandelingstraject

Barbara Michiels, Vakgroep Eerstelijns- en Interdisciplinaire Zorg,
Centrum voor Huisartsgeneeskunde, Universiteit Antwerpen

Uit de resultaten van een systematische review (zie verder in dit nummer) kunnen we besluiten dat het op basis van individuele symptomen en ziekte tekens alleen zeer moeilijk is om bij jonge kinderen een pneumonie aan te tonen of uit te sluiten^{1,2}. Geen enkel klinisch item heeft een **aantonende kracht** >2. De afwezigheid van hoest bleek de beste uitsluitende met een **uitsluitende kracht** van slechts 3. Er waren dus geen argumenten die goed konden discrimineren tussen zieken en gezonden. Bovendien was er voor sommige items zoals snelle ademhalingsfrequentie en intrekkingen van de thorax enorme heterogeniteit in sensitiviteit en specificiteit tussen de verschillende oorspronkelijke studies. Nochtans beschouwt de WHO die laatste ziekte tekens als beslissend voor de diagnose en de behandeling van pneumonie bij kleine kinderen³. Hetzelfde kunnen we besluiten uit een systematische review (zie verder in dit nummer) over de diagnostische waarde van anamnese en klinisch onderzoek voor de diagnose van rotator cuff lijden^{4,5}. Zo had de painful arc slechts een aantonende kracht van 2 en een uitsluitende kracht van 3 om rotator cuff lijden respectievelijk aan te tonen en uit te sluiten.

Daaruit zou je kunnen besluiten dat we voor de diagnose van pneumonie bij kleine kinderen geen rekening meer moeten houden met symptomen en klinische tekens omdat hun diagnostische waarde zo gering is. Ook voor de diagnose van rotator cuff lijden lijkt het erop dat de verschillende klinische testen weinig nut hebben om zieken en gezonden te onderscheiden. Om de klinische waarde van een test correct in te schatten mag men zich echter niet alleen baseren op haar sensitiviteit en specificiteit. Om de resultaten van een diagnostische studie correct te interpreteren hebben we nood aan een houvast en een breder kader. In de eerste plaats is het belangrijk om te weten wanneer de onderzochte test in het diagnostisch parcours gebruikt wordt en hoe de test gecombineerd wordt met al uitgevoerde onderzoeken^{6,7}. Werd de test geëvalueerd in de eerste-, tweede- of derdelijnssetting? Een andere prevalentie van de ziekte (voor kans) kan immers leiden tot heterogene resultaten tussen verschillende studies^{1,2,4,5}. Om een gepaste test te kunnen kiezen moet men een test niet alleen vergelijken met alternatieve testen, maar moet men ook zijn plaats bepalen binnen een reeks van opeenvolgende testen. Bovendien kan een goede diagnostische accuraatheid alleen effect hebben op de gezondheid van patiënten als ze ook leidt tot een betere indicatiestelling en behandeling. De ultieme uitkomst van een test is dus de gezondheidswinst voor de patiënt en is dus meer dan alleen een juiste diagnose. We spreken hier van een test-diagnose-behande-

lingstraject dat impact heeft op de gezondheid van de patiënt. Het stellen van de diagnose pneumonie met radiografie betekent nog niet dat we weten wie een bacteriële pneumonie heeft, wie gebaat zal zijn met een antibioticumtherapie of wie best wordt opgenomen in een ziekenhuis. Een RX thorax als referentietest voor klinische tekens van pneumonie is in dit opzicht dus niet optimaal. Misschien is het in dit geval belangrijker om te vergelijken met de talrijke 'veelbelovende' nieuwe biomarker-sneltesten². Ook een correcte diagnose van rotator cuff lijden of rotator cuff scheur betekent nog niet dat we met zekerheid weten wie in aanmerking komt voor een heelkundige ingreep of voor een conservatieve behandeling^{4,5,8}.

Besluit

Elke nieuwe diagnostische test dient zijn plaats te krijgen in het test-diagnose-behandelingstraject. Diagnostisch onderzoek zou dus best vertrekken van dit uitgangspunt en bij de beoordeling van diagnostisch onderzoek moeten we vanuit dit perspectief op een kritische manier de waarde van een test voor de klinische praktijk evalueren.

Referenties

1. Rambaud-Althaus C, Althaus F, Genton B, D'Acremont V. Clinical features for diagnosis of pneumonia in children younger than 5 years: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis* 2015;15:439-50.
2. Michiels B. Waarde van symptomen en klinische tekens voor de diagnose van pneumonie bij kinderen. *Minerva* 2015;14(6):66-7.
3. WHO Pneumonia Fact sheet n°331, Update November 2014.
4. Hermans J, Luime JJ, Meuffels DE, et al. Does this patient with shoulder pain have rotator cuff disease? *JAMA* 2013;310:837-47.
5. Poelman T. Is klinisch onderzoek nuttig voor de diagnose van rotator cuff lijden? *Minerva* 2015;14(6):68-9.
6. Ferrante di Ruffano L, Hyde CJ, McCaffery KJ, et al. Assessing the value of diagnostic tests. A framework for designing and evaluating trials. *BMJ* 2012;344:e686.
7. Michiels B. Waarop letten bij de interpretatie van de resultaten uit diagnostische studies? *Minerva* 2015;14(6):76.
8. De Schutter F. Rotator cuff scheur: chirurgisch herstel of kinesiotherapie? *Minerva* 2015;14(6):70-1.